УДК 616.89

Морозов Г.В., Шуйский Н.Г. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии). — Н.Новгород: Изд-во НГМА, 1998 г. — 426 с.

Руководство представляет собой фундаментальный труд, полностью посвященный пропедевтике в психиатрии. Подробно рассматриваются семиотика, симптомы и синдромы психических болезней, вопросы клинического исследования душевнобольных, диагностики и деонтологии в психиатрии. Отдельная глава посвящена психосоматической медицине.

Эрудиция и широта взглядов авторов позволяет им ссылаться как на русских, так и на зарубежных психиатров (немецких и французских).

Книга предназначена для студентов, в первую очередь тех, кто пожелает связать свою врачебную деятельность с психиатрией, интернов, клинических ординаторов, психиатров-практиков и невропатологов, преподавателей психиатрии.

Георгий Васильевич Морозов — академик РАМН, длительное время руководил институтом обшей и судебной психиатрии им. В.П.Сербского. Автор многочисленных публикаций по клинической, судебной и социальной психиатрии, в том числе книг: "Ступорозные состояния", "Алкоголизм", "Судебная психиатрия", "Руководство по психиатрии".

Николай Георгиевич Шумский — доктор медицинских наук, старший научный сотрудник. Автор монографии "Диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике", соавтор клинических глав в руководствах по психиатрии (1983, 1988 гг.), в книгах: "Алкоголизм", "Справочник по психиатрии".

По вопросам приобретения книги
обращайтесь в Издательство НГМА по адресу:
603002, Нижний Новгород, а/я 22

Тел.: (095) 189-99-35
Тел.: (8311^23-83-55

ВОЗМОЖНО ПОЛУЧЕНИЕ КНИГИ
СО СКЛАДА В МОСКВЕ

ISBN 5-86093-010-0

ВВЕДЕНИЕ

"G'ouvrier qui veult bean paroitre, il doit son sujet conoitre" .*

A.Paret.

"Без всякого ложного чувства, без всякого страха быть обвиненным в предвзятости, в пристрастии к избранной специальности можно сказать, что психиатрия имеет полное и законное право на очень пристальное внимание со стороны врача. Главной целью преподавания любой отрасли клинической медицины вляется развитие у молодого врача медицинского мышления... И вот психиатрическое мышление, мышление врача-психиатра — это можно сказать с определенностью и без всякой натяжки — является по необходимости и очень углубленным и очень широким... Среди медицинских специальностей наиболее серьезным является мышление врача-интерниста, и вот можно сказать, что психиатрическая точка зрения целиком включает в себя точку зрения врача^интерниста, оставляя еще очень большое место для целого ряда других, новых соображений".

П. Б. Ганнушкин.

Пропедевтика (греч. propaideuo "предварительно обучаю") — вводный курс в клиническую дисциплину, предполагающий обучение методам клинического обследования больного, семиотике болезней, относящихся к данной дисциплине, и воспитание профессиональных черт личности врача на основе медицинской деонтологии.**

В формировании врача-профессионала роль пропедевтики трудно переоценить. Она создает основу для последующего успешного изучения частных разделов отдельных медицинских дисциплин. Более того, усвоение пропедевтики способствует развитию медицинского мышления и той его части, которую называют клиническим мышлением.

* "Достигнуть мастерства лишь тот сумеет, кто делом в совершенстве овладеет" (фр.)

** Энциклопедический словарь медицинских терминов. Г. II. М., 1963, с. 378.

Мышление медицинское — умозаключение о сущности, значении и путях развития обнаруживаемых патологических расстройств и способах воздействия на них с целью их устранения или ослабления. Мышление клиническое — способность врача рассматривать образ жизни человека и внутреннюю картину его болезни — субъективную оценку больным своего физического и душевного (психического) состояния и его психологические реакции на них с точки зрения полученных врачом специальных знаний.*

Развитие медицинского мышления помогает преодолеть возникновение у врача узкого практицизма с шаблонными представлениями о сущности и проявлениях различных форм патологии человека и методов их лечения — феномена, получившего наименование "фельдшеризма".

Поэтому не будет преувеличением считать, что имеются все основания для выделения пропедевтики в специальный раздел не только в терапии и хирургии, но и в других клинических дисциплинах — в первую очередь, в тех, для которых формирование медицинского мышления имеет первостепенное значение. К числу последних, вне всякого сомнения, относится и психиатрия.

В психиатрии пропедевтика всегда рассматривалась в общей части. Именно здесь были разбросаны сведения, относящиеся к этому разделу. Два недавно опубликованных руководства по психиатрии подтверждают сказанное.**

В настоящее время данные, имеющиеся в руках у психиатров, вполне достаточны для того, чтобы в отечественной психиатрии процесс обособления пропедевтики в самостоятельный раздел пришел, наконец, в движение. Наибольшее число фактов, способствующих его осуществлению, содержится в публикациях, принадлежащих А.В.Снежневскому (1958, 1968, 1970, 1983). Без особого преувеличения можно сказать, что монография А.В.Снежневского "Общая психопатология" (1970) с полным правом могла бы быть озаглавлена "Пропедевтика в психиатрии", так как все разбираемые в ней вопросы самым тесным образом связаны прежде всего с семиотикой психических болезней, а также с диагностикой и методами исследования в психиатрии.

* В доступной медицинской, в частности, справочной литературе, определений этих двух терминов нет. Для их написания пришлось обратиться к помощи нескольких ученых секретарей Большой медицинской энциклопедии, принимавших участие в создании Энциклопедического словаря медицинских терминов (1982—1984 гг.). Сформулированные ими определения в последующем были отредактированы А.В.Снежневским.

** Руководство по психиатрии. М., 1983. Руководство по психиатрии. М., 1988.

Представляется целесообразным выделение пропедевтики в учении о психических болезнях в качестве самостоятельного раздела общей психиатрии.

Настоящая книга, посвященная психиатрической пропедевтике, опирается на то, что уже сделано в этой области А.В.Снежневским и другими отечественными авторами. Центром кристаллизации книги послужили ранее написанные Г.В.Морозовым главы, посвященные основным синдромам психических болезней, клиническому исследованию и диагностике в психиатрии.*

В настоящей книге они дополнены новыми фактами. Заново написаны разделы, касающиеся симптомов психических болезней, деонтологии в психиатрии, а также психосоматической медицины, место которой к настоящему времени еще точно не определено. Введение в пропедевтику раздела, посвященного психосоматической медицине, обусловлено рядом обстоятельств. Психосоматическая медицина, подобно пропедевтике, способствует формированию медицинского и клинического мышления. Она, по мнению многих, является также теоретической основой медицины, так как касается очень важного вопроса о соотношении психического и соматического — "души" и "тела". В психосоматической медицине разбираются клинические вопросы, в частности такие, которые тесно связаны с симптоматологией, существующей в психиатрии и терапии. Психические и соматические симптомы часто выступают здесь не в изолированном виде, а в форме сочетаний — в ряде случаев, очень устойчивых. Это дает возможность предполагать наличие при них единого патогенетического механизма, то есть признака, свойственного синдромам. Поэтому не является неожиданностью тот факт, что некоторые психиатры, например, Н.Еу и соавторы (1952), прямо пишут о наличии "основных психосоматических синдромов" (principaux syndromes psychosomatiques). Наконец, психосоматическая медицина немыслима без таких разделов общей психиатрии, как учение о психическом складе личности и терапия психических болезней — как биологическая, так и психотерапия.

Со временем психосоматическая медицина найдет свое точное место в психиатрии — самостоятельное или в одном из ее разделов. Во всяком случае, в руководствах, посвященных душевным болезням, она должна его обрести.

Изучение психиатрической пропедевтики сопряжено с усвоением обширной терминологии. Однозначные определения терминов существу-

* Руководство по психиатрии. Т. I. М., 1988.

ют далеко не всегда. Достаточно часто для определения одного и того же понятия употребляются различные термины. Многие исследователи вкладывают в употребляемые ими термины свое личное понимание. Встречаются термины, лишенные четкого определения. Авторы настоящей книги стремились употреблять точные определения и соответствующие им термины. Этим обстоятельством объясняются, в частности, многочисленные ссылки на «Энциклопедический словарь медицинских терминов» (1982—1984). В тех случаях, когда используемый авторами термин не имеет четкого определения, об этом говорится прямо, так как "неточные понятия, когда они ошибочно считаются точными, больше вредят пониманию дела, чем незнание".*

Книга предназначена, в первую очередь, для начинающих врачей-психиатров и тех студентов-медиков, которые пожелали избрать своей специальностью клиническую психиатрию. В определенной мере она может служить справочным пособием и для знающих свое дело врачей-психиатров, а также клинических ординаторов и преподавателей психиатрии.

Книга может оказаться полезной и для врачей других специальностей. Ведь "главная цель и изучения, и преподавания психиатрии должна состоять в том, чтобы научить молодых врачей быть психиатрами и психопатологами не только в больнице и клинике, но прежде всего в жизни, т.е. относиться к так называемым душевнобольным, так называемым ненормальным людям с тем же пониманием, с той же мягкостью, с той же вдумчивостью, но и с той же прямотой, как к душевно здоровым; разница между теми и другими, если иметь в виду границы здоровья и болезни, вовсе не так уж велика".**

В том случае, если читатель пожелает расширить свои познания по тому или иному вопросу пропедевтики, он может обратиться к библиографическим указателям, помещенным в конце главы, или к соответствующей ссылке. Это облегчает поиск необходимой литературы. Для соотнесения сведений, изложенных в книге, с тем, что составляет предмет частной психиатрии, желательно использовать учебники и руководства московской психиатрической школы,-представителями которой являются авторы книги. Изложенные в книге факты в целом отражают точки зрения, сложившиеся в этой школе.

1994 г.

* Блейлер Э. Руководство по психиатрии. Перевод с немецкого. Берлин, 1920, с. 3.

** Ганнушкин П.Б. Избранные труды. М: Медицина. 1964. с. 56.

СЕМИОТИКА ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ
(Клиническая психопатология)

"Семиотика (симптоматология, семиология) — учение о признаках (симптомах) болезней и патологических состояний".*

Динамическое изучение болезней, в том числе и психических, показывает, что выделение симптомов в качестве изолированных нарушений в значительной мере условно. Симптомы всегда выступают в той или иной совокупности, то есть в форме синдромов. Поэтому в семиотику входит также учение о синдромах. Однако в практических целях, в частности, в целях обучения, выделение отдельных симптомов совершенно необходимо. Знание симптомов позволяет осуществить переход к изучению синдромов и их видоизменения в процессе болезней.

Термин "семиотика психических болезней" используется в основном во французской психиатрии. Отечественные психиатры, говоря о симптоматологии психических заболеваний, употребляют термин "психопатология"** или "клиническая психопатология"***, заимствованный из терминологии, используемой в немецкой психиатрии. Это объясняется тем, что начиная с последней трети XIX века на развитие отечественной психиатрии большое влияние оказали клинические и теоретические исследования немецких психиатров. Их влияние особенно возросло с начала нынешнего столетия, после наступления "эпохи Крепелина".**** С научными взглядами E.Kraepelin'a отечественные психиатры знакомились не только по литературе. Большое число психиатров из России побывало на Мюнхенских курсах, основанных им в 1903 г. Среди них были и те, чьи исследования определили лицо отечественной психиатрии в первую половину XX века.

* Энциклопедический словарь медицинских терминов. Т. III. М., 1984, с. 88.

** Снежневский А.В. Общая психопатология. Валдай, 1970, с. 5.

*** Он же. Клиническая психопатология. В кн.: Руководство по психиатрии. Т. I.М., 1983, с. 16.

**** Каннабих Ю.В. История психиатрии. М.—Л., 1928, с. 411.

Ориентация на немецкую психиатрию проявлялась еще и в том, что учебники и руководства по психиатрии, переводившиеся на русский язык, почти сплошь принадлежали немецким психиатрам: W. Griesinger'у (2 издания); H. Schule; Th. Meinert'у; R. Kraft-Ebing'у (3 издания); *E.* Kraepelin'у (5 изданий); Binswanger'у и Siemerling'у; Th. Ziehn'у (3 издания); E. Bleuler'у (2 издания); "Клиническая психиатрия" под редакцией Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса и М. Мюллера. Из этих и других работ немецких психиатров была заимствована отечественными психиатрами и соответствующая терминология. Именно в немецкой психиатрии был впервые введен термин "общая психопатология" — как название руководства H. Emminghaus'a (1878). В нынешнем столетии были опубликованы "Руководство по общей психопатологии" K. Jaspers'a и "Клиническая психопатология" K. Schneider'a, которые, особенно работа K. Jaspers'a, оказали на отечественных психиатров очень большое влияние.

Разные исследователи вкладывают в понятие "общая психопатология" различное содержание. Так, K. Jaspers (1923) считает, что в общую психопатологию входят: симптоматология психических болезней, их течение, прогноз, исход. В значительной мере общая психопатология в его понимании соотносится с семиотикой психических болезней. Прилагательное "общая" используется K. Jaspers'oM, кроме всего прочего, и с целью противопоставления данного раздела, который он рассматривает в качестве теории психиатрии, учению об отдельных болезнях — частной психиатрии, задачей которой является диагностика и лечение. В.П.Осипов считает, что "изучение и описание процессов больной душевной деятельности составляет содержание и задачу... психопатологии".* Большинство отечественных психиатров ставят знак равенства между терминами "общая психопатология" и "общая психиатрия". Между тем, в общую психиатрию, помимо симптоматологии психических болезней, входят вопросы их этиологии и патогенеза, биологические основы психических заболеваний, их распространенность, лечение, организация психиатрической помощи, решение экспертных вопросов и вопросов социально-трудовой реабилитации, психогигиена и психопрофилактика, вопросы юридического положения психически больных. Таким образом, понятие "общая психиатрия" шире понятия "общая психопатология".

В середине 80-х гг. А.В.Снежневский в устных беседах неоднократно говорил о том, что в психиатрии психопатология выполняет ту же функцию, которую в других медицинских дисциплинах выполняет пропедевтика. Им было высказано мнение о необходимости выделения в психиатрии пропедевтики в качестве самостоятельного раздела, в который как составная часть должна войти психопатология, или симптоматология психических болезней.

В данной книге основу изложения семиотики психических болезней (психопатологии) составляет описательный принцип. Рассматривается лишь наглядная сторона психических расстройств — психопатологические феномены. Такой подход обусловлен задачами пропедевтики — научить видеть картину психического заболевания, научить твечать на вопросы, что происходит и как это происходит. На вопрос "почему^' семиотика психических болезней на сегодняшний день ответить не в состоянии. Это не означает, что она не стремится ответить на этот вопрос. О том, как это делается, будет сказано в своем месте.

* Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. Берлин, 1923, с. 187.

ГЛАВА I

СИМПТОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

Симптом — признак патологического состояния или болезни.* Симптомы психических болезней так же, как и образуемые ими синдромы, представляют собой клиническое проявление вовне существующих психопатологических расстройств. Решение практических и теоретических вопросов медицинских дисциплин и в их числе психиатрии предполагает не только знание перечня свойственных им симптомов, но и систему их соподчинения с установлением существующих между ними связей, т.е. знание принципов их классификации. Совершенная классификация предполагает знание природы расстройств. Поэтому принципы классификации симптомов психических болезней, существующие в отечественной психиатрии, отражают собой те научные дисциплины, с помощью которых психиатры стремились постичь механизмы их возникновения. Существует три принципа классификации психопатологических расстройств.

1. Психологический принцип. Симптомы психических болезней представляют собой расстройства определенных психологических процессов — восприятия, представления, воли и т.п. При этом всегда делалась оговорка, что речь идет не об изолированном, а о преимущественном поражении той или иной функции. Психологический принцип классификации психических симптомов имел до недавнего времени наиболее широкое распространение.

2. Философский, точнее философско-психологический принцип. Симптомы психических болезней, во всяком случае их определенную часть, можно классифицировать в зависимости от преобладания при них нарушений чувственного или рационального (абстрактного) познания. Этот принцип классификации широкого распространения не получил.

3. Физиологический принцип классификации. В его основу положена структура рефлекторной дуги. Нарушения одного из ее отделов — рецепторного, центрального или эффекторного — являются источником возникновения тех или иных психопатологических симптомов — рецепторных, интрапсихических или эффекторных. Физиологический принцип классификации симптомов психических болезней в отечественной психиатрии использовали М.О.Гуревич и М.Я.Серейский (1928, 1932) и А.В.Снежневский (1983).

М.О.Гуревич и М.Я.Серейский обычно прямо соотносят те или иные -психологические расстройства и соответствующие последним психопатологические симптомы с определенной частью рефлекторной дуги. Вряд ли такое соотнесение правомерно. Так, расстройства восприятия являются в данном случае синонимом расстройства рецепторных функций.* Их клиническими проявлениями являются галлюцинации, иллюзии и т.д. Расстройства интрапсихической деятельности соотносятся с нарушениями интеллектуально-мнестических функций, клиническими проявлениями которых являются навязчивые явления, бред и т.д.**

Эффекторные расстройства представляют собой расстройства воли, а их клиническим проявлением являются, например, кататонические симптомы.*** Таким образом, суть классификации остается психологической. Сделана лишь попытка соотнесения психологического критерия с критерием физиологическим.

А.В.Снежневский использует только физиологические критерии классификации психопатологических симптомов. Соответственно числу отдельных звеньев рефлекторной дуги выделены:

а) рецепторные расстройства (сенсопатии);

б) интрапсихические расстройства;

в) эффекторные расстройства и соответствующие им психопатологические нарушения.

Группа рецепторных расстройств представлена наименьшим числом симптомов. Их всего 14. При этом к чисто рецепторным относятся лишь -6 симптомов. Остальные 8 "занимают как бы промежуточное положение между собственно рецепторными и интрапсихическими нарушениями".**** К числу рецепторных расстройств А.В.Снежневский относит гиперметаморфоз, при котором ведущее место принадлежит нарушению внимания — его сверхотвлекаемости. Вместе с тем в разделе, посвященном эффекторным расстройствам, приводятся основные формы изме-

* Энциклопедический словарь медицинских терминов. Т. III. М., 1984, с.

95.

*ГуревичМ.О., СерейскийМ.Я. Учебник психиатрии. Изд. 2-е, 1932, с. 44.

** Там же. с. 57, 63—64.

*** Там же. *с.* 75.

**** Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. Т. I, 1983, с. 18.

немного внимания и среди них — повышенная отвлекаемость.* Таким образом, симптомы одного и того же порядка относятся к диаметрально противоположным частям рефлекторной дуги. Вряд ли и сенестопатии во всех случаях могут быть отнесены лишь к рецепторным расстройствам. Все это свидетельствует о трудности соотношения клинических фактов с теми или иными теоретическими положениями.

Следует отметить следующий факт: какого бы принципа классификации психических симптомов не придерживались те или иные отечественные психиатры, порядок перечисления симптомов во многом у них одинаков, а иногда и тождественен. По-видимому, сходная последовательность изложения обусловливается природой предмета, возможно, историей выделения расстройств, традицией и здравым смыслом.

Какой же принцип классификации психопатологических симптомов следует принять? История отечественной медицины с несомненностью свидетельствует о том, что им явится физиологический принцип. Его применение в психиатрии пока что несовершенно и несет на себе явную печать субъективных оценок. Такое положение обусловливается желанием ускорить соотнесение теоретических знаний с требованиями практической жизни. Тенденция подведения теоретических основ под клинические факты у очень многих психиатров преждевременно заходит слишком далеко. В этой связи полезно вспомнить слова W.Griesinger'a, сказанные им почти полтора века тому назад: "Психиатрия знает только совокупность симптомов, происхождение их знает только приблизительно, а механизма не знает совсем".** И по сегодняшний день это высказывание во многом остается актуальным.

Используемые физиологией объективные методы исследования психической деятельности позволили, пусть и в первом приближении, объяснить генез ряда психопатологических симптомов и состояний (навязчивостей, бреда, астении и т.д.) и соотнести полученные факты с теми, которые были установлены для этих же расстройств психологией. Физиологические исследования позволили также ввести в психиатрию ряд терапевтических рекомендаций, оказавшихся действенными на практике: лечение сном, условно-рефлекторную терапию, метод десенсибилизации и т.д. Поэтому из перечисленных принципов классификации психопатологических симптомов правомерно остановить выбор на том, который вытекает из данных физиологии.

* Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. Т. I, 1983, с. 48.

** Цитировано по Снежневский А.В. Общая психопатология. Валдай, 1970, с. 179.

РЕЦЕПТОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Данная группа психопатологических симптомов обозначается термином сенсопатии. Их основу составляют нарушения преимущественно чувственного познания — ощущений, восприятия, представлений.* ГИПЕРЕСТЕЗИЯ — повышенная чувствительность к обычным раздражителям, воздействующим на органы чувств. Чаще всего встречается гиперестезия, связанная со слухом и зрением. Звуки начинают восприниматься как неестественно громкие, могут ассоциироваться со звуками, имеющими совсем другое происхождение. Так, легкие стуки воспринимаются как громкие удары молотком. Привычное освещение, например электрическое, воспринимается ярким, порой слепящим, вызывающим резь в глазах, заставляющим щуриться, отворачиваться или просто закрывать глаза. Реже гиперестезия распространяется на запахи, термические и тактильные ощущения.

Запахи или неприятны, или просто раздражают. Различные прикосновения (больного случайно задевают в транспорте, и он вздрагивает, испытывая неприятные чувства; постельное белье, одежда) вызывают чувство психического и физического дискомфорта и т.д. В ряде случаев гиперестезия, связанная с тактильными или термическими раздражителями, может принять характер гипералгезии. Гиперестезия наблюдается чаще в тех случаях, когда психические расстройства возникают достаточно остро, с особым постоянством тогда, когда в их структуру входит соматогенная астения (см. Астенический синдром). Чаще гиперестезия является признаком психических болезней экзогенно-органической природы. Однако она нередко встречается в дебютах и на протяжении шизофрении, прежде всего при вялом ее развитии. Обычно это гиперестезия, связанная с органом слуха.

ГИПЕСТЕЗИЯ — пониженная чувствительность к раздражителям, воздействующим на органы чувств. Чаще всего встречается при депрессиях и при состояниях помрачения сознания, в первую очередь в на-

* Ощущение — простейший психический процесс, состоящий в отражении отдельных свойств предметов и явлений объективного мира, возникающий в результате их воздействия на органы чувств. Восприятие — психический процесс отражения предметов и явлений в целом, в совокупности их свойств. По мнению K.Jaspers'a (1923), восприятие характеризуется телесностью, проекцией вовне, независимостью от воли индивидуума. Представление — образ предмета или явления, воспроизведенный в сознании на основе прошлых впечатлений. Представление всегда образно, проецируется вовне и вовнутрь, зависит от воли индивидуума.

чальные периоды оглушения сознания. Разновидностью гипестезии являются г и п а л ь г е з и я — понижение болевой чувствительности и а н а л ь г е з и я — отсутствие болевой чувствительности. Гипальгезия встречается при возникновении сильного аффекта, например, у раненых во время боя, у лиц с истерическими расстройствами, при выраженных маниакальных состояниях; анальгезия — у больных с кататоническими расстройствами и при прогрессивном параличе.

СЕНЕСТОПАТИИ —тягостные, нередко крайне мучительные ощущения, локализующиеся в различных поверхностных областях тела (в коже, под кожей) или во внутренних органах и не имеющие для своего возникновения причин, констатируемых объективными методами исследования. Термин введен E.Dupre и P.Camus (1907). При сенестопатиях испытываемые больными ощущения необычны, более тягостны, чем болезненны: давление, жар, жжение, холод, журчание, лопанье, переворачивание, пульсация, отслоение, разрывы, распирание, растягивание, скручивание, слипание, спазмы, срастание, стягивание и т.д. Интенсивность таких ощущений имеет самую различную степень, распространенность и локализацию. Сенестопатии могут быть настолько интенсивными, что больной буквально не находит себе места. В других случаях они просто досаждают. Сенестопатии локализуются на поверхности кожи и под кожей, во внутренних органах и в полостях организма (сердце, гортань, желудок, половые органы, брюшная полость и т.д.). В одних случаях они вначале появляются в кожных покровах, а затем перемещаются внутрь организма; в других — с самого начала возникают в каком-либо внутреннем органе. Сенестопатии могут быть ограниченными по площади и диффузными, возникать только в одном месте или перемещаться, быть временными и постоянными. При описаниях Сенестопатии больные очень часто приводят необычные их определения и пользуются самыми различными, в том числе и образными, сравнениями^ целью передать особенности испытываемых ими патологических ощущений. Свою речь они нередко сопровождают выразительной мимикой и движениями.

Сенестопатии могут возникать в форме моносимптома. Обычно это наблюдается при вялом развитии болезни. У таких больных (в первую очередь при эндогенных заболеваниях) наряду с сенестопатиями неред-1 ко можно выявить легкие субдепрессивные, невротические, реже деперсонализационные расстройства. Поэтому термин "моносимптом" часто весьма условен, врачи отмечают лишь то, что больше всего мучает больного. В других случаях Сенестопатии сопровождают выраженные психопатологические симптомы, в первую очередь депрессивный аффект, а

также интенсивные деперсонализационные расстройства, бред, психические автоматизмы, психоорганический синдром. Очень часто сенестопатии являются стойким (инертным) расстройством и могут существовать многие годы. У лиц пожилого и старческого возраста сенестопатии встречаются чаще, чем в предшествующие возрастные периоды, нередко отличаются большим разнообразием и интенсивностью. Обычно они локализуются у пожилых людей в кожных покровах.

Сенестопатии следует дифференцировать с парестезиями, тактильными и висцеральными галлюцинациями. Парестезии обычно сопровождаются неврологическими симптомами или же являются проявлением соматической болезни, например авитаминоза. При галлюцинациях патологические ощущения всегда предметны; при сенестопатиях — неопределенны, их часто трудно выразить словами. Однако в ряде случаев дифференцировка сенестопатии с галлюцинациями затруднительна или просто невозможна из-за существования своего рода промежуточных состояний, например, при начальной трансформации сенестопатии в тактильные или висцеральные галлюцинации.

ПСИХОСЕНСОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА — нарушение восприятия размеров, формы, взаимного расположения окружающих предметов в пространстве (метаморфопсии) и (или) размеров, веса, формы собственного тела (расстройства схемы тела).

При м е т а м о р ф о п с и я х происходит нарушение восприятия пространства: изменяется перспектива — окружающие предметы приближаются, удаляются, увеличиваются в числе (психическая полиопия), кажутся бесконечно длинными (порропсия); нарушается восприятие формы и величины предметов — они представляются удлиненными, укороченными, скошенными, искривленными или перекрученными (дисмегалопсия), расширенными, смещенными со своего места (оптическая аллестезия), увеличенными против своих естественных размеров (макропсия) или, напротив, неестественно уменьшенными (микропсия).

Р а с с т р о й с т в о с х е м ы т е л а (аутометаморфопсия) — размеры тела или отдельные его части (язык, голова, руки, ноги и т.д.) увеличиваются или, напротив, уменьшаются; при зрительном контроле эти расстройства исчезают; вес тела неестественно увеличивается или, напротив, уменьшается. Когда подобные изменения касаются всего организма, говорят о тотальной аутометаморфопсии; когда захватывается какая-нибудь часть тела — о парциальной аутометаморфопсии. P.Schilder (1924, 1935) считает проявлением аутометаморфопсии: а л л о с т е з и ю — расстройство, при котором нанесенное раздражение

ощущается в другой области тела; аллохейрию — наносимое на определенном участке конечности раздражение ощущается в симметричном участке противоположной конечности, а также расстройство восприятия, касающееся смещения внутренних органов. К расстройствам схемы тела относят некоторые формы анозогнозии*, в частности, те ее случаи, когда собственная речь воспринимается как чужая, а также аутотопагнозию — неузнавание частей собственного тела.

Психосенсорные расстройства могут возникать в форме пароксизмов на фоне помраченного сознания или же существовать длительное время при ясном сознании. В первом случае больные часто затрудняются дать их четкое описание; во втором — говорят о них много, нередко используют образные сравнения; в этом случае они почти всегда переживают испытываемые нарушения как нечто тягостное или просто мучительное.

Психосенсорные расстройства требуют дифференциального диагноза с галлюцинациями и иллюзиями. При галлюцинациях нет реального объекта, при психосензорных расстройствах он существует; при иллюзиях происходит ошибочное узнавание, нередко легко исправляемое, в то время как при психосензорных расстройствах узнавание объекта не нарушено, но возникает его искажение, которое очень часто не поддается исправлению.

КАЧЕСТВЕННОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ВОСПРИЯТИЯ (K.Iaspers) — приобретение неодушевленными и одушевленными предметами несвойственной им окраски — черное воспринимается как белое и наоборот и т.д. Встречается при интоксикационных психозах, в частности, после приема мескалина, при некоторых лекарственных интоксикациях, в состояниях помраченного сознания, при эпилепсии.

РАЗДВОЕНИЕ ВОСПРИЯТИЯ (K.Iaspers) — восприятие одушевленных и неодушевленных предметов происходит не в качестве целостного образа, а по частям. Голова человека воспринимается отдельно от туловища, как бы существующая сама по себе и т.д. К имеющемуся расстройству часто сохраняется критическое отношение, и почти всегда больные воспринимают его как ненормальное состояние, т.е. имеется сознание неестественности явления.

Раздвоение восприятия обычно сопровождается чувством угнетенности, предчувствием надвигающейся беды. Встречается в дебютах шизофрении, а также при некоторых интоксикациях, в частности после приема мескалина и ЛСД.

* Анозогнозия — отсутствие сознания имеющегося физического дефекта (паралича, снижения зрения, слуха и т.д.).

ИНТРАПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Симптомы нарушения эмоций

Эмоция — реакция в виде субъективно окрашенного переживания индивида, отражающая значимость для него воздействующего раздражителя или результата собственного действия (удовлетворения или неудовлетворения).* Кратковременная и сильная эмоция — положительная или отрицательная — называется аффектом. Расстройство эмоций проявляется их понижением, повышением, утратой или извращением.

ГИПОТИМИЯ (депрессия) — пониженное настроение, сопровождающееся уменьшенной двигательной и психической активностью. Пониженное настроение в выраженной степени определяется тоской с тягостными или просто мучительными ощущениями в области груди, реже — живота (предсердечная тоска). Характерна сниженная самооценка, достигающая степени бреда самоуничижения или самообвинения. Будущее теряет для больных свой смысл. В прошлом видят лишь одни ошибки. Мыслительные процессы замедлены, затруднены, обеднены. Часто в сознании доминируют лишь отдельные мысли о своей неполноценности, бесперспективности жизни, совершенных ошибках — депрессивный моноидеизм. При нерезко выраженном пониженном настроении (субдепрессии) преобладают жалобы на слабость, вялость, лень, угнетенность. Не верят в свои возможности, сомневаются в правильности поступков, с трудом принимают решения. При гипотимии всегда наблюдается ухудшение физического состояния: снижение или потеря аппетита и вкусовых ощущений, запоры и другие диспептические симптомы, расстройства сна, менструального цикла, похудание. Больные выглядят старше своего возраста. Гипотимия может усложняться другими — длительными или кратковременными эмоциями. Гипотимия, сочетающаяся с ожиданием несчастья и чувством внутреннего напряжения, называется тревогой. Гипотимия с ощущением непосредственной угрозы для жизни называется страхом. Состояние резко выраженного страха с оцепенением или, напротив, с выраженным, нередко хаотическим, двигательным возбуждением больные часто называют ужасом. Приступ неистового двигательного возбуждения, вызванный чрезвычайно

Энциклопедический словарь медицинских терминов. Т. III, М., 1984, с. 315.

сильным аффектом тоски или страха, называют **раптусом**. В тех случаях, когда такое возбуждение сопровождается нанесением или попыткой нанесения самоповреждения или попыткой совершить самоубийство, говорят о **меланхолическом раптусе**.

Скорбное бесчувствие (anaesthesia psychica dolorosa) — тоскливое настроение, сочетающееся с ощущением душевной опустошенности в связи с временной утратой эмоционального резонанса.

Дисфория — гипотимия в сочетании с раздражительностью, неприязнью или злобой. При субдепрессиях легко возникают обидчивость, придирчивость, вздорность, ворчливость, недовольство. В ряде случаев, особенно у лиц с шизоидным радикалом в характере, возникает ирония и (или) язвительность. Перечисленные расстройства то относительно парциальны, то касаются всего, с чем бы или с кем бы больной ни соприкасался. Легкие формы дисфории легко просматриваются. Их принимают за присущие индивидууму характерологические черты. В выраженных случаях дисфория определяется тоской и злобой. Тоска может сочетаться с тревогой, отчаянием, безысходностью, страхом; злоба, обычно напряженная, может перемежаться эпизодами ярости. Дисфории, особенно выраженные, сопровождаются двигательными расстройствами, степень которых колеблется от непоседливости или легкой заторможенности до психомоторного возбуждения или субступора. Возбуждение при дисфории обычно лишено гиперэкспрессивности ("скупое") и проявляется в форме однообразных движений. При выраженных дисфориях могут возникать раптусы. Чаще возбуждение "молчаливое". В некоторых случаях его сопровождают выкрики или произносятся отдельные короткие фразы. Дисфория может усложняться различными психопатологическими расстройствами: бредом различного содержания (преследование, ущерб, ипохондрия), растерянностью, измененным сознанием (сумерки). Дисфории, возникающие у лиц с последствиями органических поражений головного мозга (например, перенесших черепно-мозговую травму), постоянно сопровождаются гиперестезией, вплоть до гиперпатии*, нередко — сенестопатиями. При дисфориях, особенно возникающих при эпилепсии, возможны различные импульсивные явления — как в форме поступков, так и влечений (бродяжничество, алкогольные и сексуальные эксцессы и т.д.).

Дисфории — аутохтонное расстройство. Однако в ряде случаев их начало может совпадать с психогенней. Обращает на себя внимание

* Гиперпатия — ощущение, восприятие внешних радражителей, сопровождаемое неприятным, иногда мучительным чувственным тоном.

несоответствие глубины психических расстройств поводу, за которым они последовали. Начало дисфории обычно внезапное. Продолжительность колеблется от часов до недели и более. В последнем случае возникают соматические расстройства, свойственные гипотимии вообще — похудание, вегетативные нарушения и т.д. Непродолжительные дисфории кончаются критически, затянувшиеся — в ряде случаев литически. Если дисфория сопровождалась симптомами манифестного психоза — растерянностью, измененным сознанием, в части случаев — импульсивными явлениями, — наблюдается та или иная степень амнезии бывших продуктивных расстройств.

ГИПЕРТИМИЯ (маниакальный аффект, мания) — повышенное настроение, сопровождаемое усилением двигательной и психической активности. Больные веселы, довольны собой, чувствуют себя счастливыми. Их оптимизм охватывает настоящее, прошедшее, будущее. Существуют лишь приятные переживания. Они распространяются на все, в первую очередь — на физическое состояние, интеллектуальные способности. Представления о своих возможностях преувеличены. Такая переоценка может смениться бредом величия. Говорят много, легко овладевают инициативой в разговоре. Речь быстрая и громкая. Постоянно отмечается гипермнезия. Несмотря на остроумие, находчивость в ответах, способность оперировать метафорами и афоризмами, преобладают поверхностные суждения. Всегда существует отвлекаемость внимания, зависящая и от внутренних причин, и — чаще — от внешних впечатлений. Изменяется грамматический строй устной речи. Все в большей степени используют короткие и несложные предложения. В выраженных состояниях гипертимии может появиться "телеграфная" речь (см. расстройства речи), или "маниакальный стиль телеграмм" — P.Berner, R.Nashe,1973.

Благодаря живой мимике, быстрым и нередко порывистым движениям, больные обычно выглядят моложе своих лет. Витальные влечения повышены. Спят мало, но крепко. Периодически может наблюдаться бессонница. Нередки вегетативные расстройства. В тех случаях, когда гипертимия выражена слабо, говорят о **гипомании**. В этом состоянии больные напоминают веселых, предприимчивых, компанейских, деловитых, хотя и несколько разбросанных в своей Деятельности людей.

Мория — веселое возбуждение с дурашливостью, детскостью, паясничаньем, склонностью к плоским и грубым шуткам; всегда сопровождается симптомами интеллектуального снижения, нередко выраженными.

Рауш-мания — маниакальное или гипоманиакальное состояние, сочетающееся с обнубиляцией сознания. Больные похожи на лиц, находящихся в состоянии опьянения.

Экстаз — гипертимия с преобладанием восторга, вплоть до исступленного восхищения, чувства прозрения, способности постичь смысл не только всего происходящего, но и того, что вообще является недоступным пониманию людей. Часто сочетается с растерянностью, кататоническими симптомами, сумеречным помрачением сознания, онейроидом, сверхбодрствующим сознанием.* Экстаз очень част при возникновении псевдогаллюцинаторных воспоминаний (см. Синдромы психических болезней).

Эйфория — повышенно-беспечное настроение с пассивностью, отсутствием или слабостью речевого возбуждения. Сопровождается недостаточностью критики и интеллектуальным снижением.

Аффект патологический — кратковременное психическое расстройство, возникающее в ответ на внезапную, интенсивную психическую травму. Проявляется сумеречным помрачением сознания, содержанием которого является травмирующее переживание. Сопровождается неистовым двигательным возбуждением, бесцельным или агрессивным. В последнем случае действия носят "характер сложных произвольных актов, но производимых *с* жестокостью автомата или машины".** Патологический аффект сопровождается вегетативными симптомами — побледнением или, напротив, покраснением кожных покровов, в первую очередь лица, учащенным дыханием и т.д. Заключительная фаза проявляется резким истощением психических и физических сил, которое влечет за собой сон или прострацию. Последняя определяется речевой и двигательной заторможенностью — вплоть до ступора, выраженным снижением или отсутствием реакций на внешние раздражители. В случае совершения противоправного деяния к нему относятся с безразличием. Воспоминания о происшедшем или отсутствуют (амнезия), или носят отрывочный характер. Г1атологический аффект является одной из редких форм исключительных состояний.

Аффект физиологический — состояние выраженного аффекта гнева, не сопровождаемого помрачением сознания. Может наблюдаться лишь сужение круга представлений, концентрирующихся на событиях, связанных с возникающим аффектом; эпизод не завершается

* Сознание сверхбодрствующее — сочетание облегченного ассоциативного процесса, образности и живости мыслей и представлений со снижением — обычно выраженным, но преходящим — интеллектуальных возможностей.

** Корсаков С.С. Курс психиатрии. М, 1901, с. 736.

сном, резким психофизическим истощением и амнезией. В состоянии физиологического аффекта часто совершаются противоправные деяния — так наз. affectdelict.

Аффект застойный (аффективное оцепенение) — состояние резкого эмоционального напряжения на фоне тревоги или страха, не получающее разрядки в действиях.

Аффект вязкий — сильный и длительный аффект (раздражения, неприязни, злобы или — реже — расположения, довольства, радости), не поддающийся отвлечению при новых впечатлениях. Характерен, в первую очередь, для больных эпилепсией.

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СЛАБОСТЬ (эмоционально-гиперестетическая слабость) — состояние легко колеблющегося настроения, от пониженно-слезливого до несколько повышенного с умиленностью и (или) сентиментальностью. Сопровождается утомляемостью, раздражительностью, капризностью, гиперестезией к акустическим, зрительным и т.п. феноменам. Выраженная степень эмоциональной слабости, сопровождаемая насильственным смехом или плачем, называется аффективным недержанием (аффективной инконтиненцией).

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ОБЕДНЕНИЕ — снижение аффективного резонанса на события окружающего и собственное состояние. В начальной стадии может сопровождаться повышенной ранимостью (психэстетическая пропорция — E.Kretschmer, 1922). Полное равнодушие и безразличие называют аффективной (эмоциональной) тупостью.

АПАТИЯ (анормия, атимормия) — выраженное или полное безразличие (паралич эмоций) к себе, окружающим людям и событиям с отсутствием желаний, побуждений, бездеятельностью. Первоначально возникает к тем явлениям, которые непосредственно не затрагивают интересы личности — такова, например, апатия у старых людей. Апатия может быть преходящим (апатический ступор и др.) или необратимым (болезнь Пика и др.) расстройством.

ПАРАТИМИЯ (аффект неадекватный) — несоответствие эмоциональных реакций содержанию переживания или ситуации. Например, шутливое, сопровождаемое смешком замечание в ответ на сообщение о несчастном случае: "Здорово, так-таки и умер старый хрыч?" (больной об отце).

Расстройства самосознания

Самосознание — осознание человеком себя как личности с присущим ей мировоззрением, целями, интересами и мотивами поведения.*

' Энциклопедический словарь медицинских терминов. Т. III. 1984, с. 67.

Самосознание всегда сопровождается целостной оценкой самого себя. Наибольшее значение имеют такие расстройства самосознания, как деперсонализация* и дереализация.

ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ — расстройство самосознания, проявляющееся ощущением измененности некоторых или всех психических и физических процессов — чувств, мыслей, представлений, воспоминаний, отношения к окружающему, речи, движений и т.д.

В наиболее легких случаях деперсонализации возникает ощущение своей измененности из-за ослабления или утраты образного компонента в сферах восприятия и представлений. Появляется ощущение своей обособленности, трудности или просто невозможности вчувствоваться в окружающее. Больным кажется, что они живут только умом, как "холодные наблюдатели" — "люди, обстановка, события становятся отвлеченными понятиями, представляют собой лишь мысль", "воспринимаются разумом". Уменьшается или теряется способность сопереживания, т.е. меняется восприятие эмоциональных реакций других людей; возникает "отсутствие интимности" (G.Berze,1926). Нравственные категории добра, зла, справедливости и т.д. ощущаются лишь как абстрактные понятия. Воспоминания, мысли воспринимаются изолированными феноменами, утратившими в той или иной степени связь с другими явлениями. Испытывают ощущение неполноты, недостаточности, незавершенности не только в сфере чувств, но и ума. Появляется ощущение своего эмоционального и интеллектуального оскудения. Кажется, что высказывания и поступки совершаются неосознанно, как бы автоматически. В ряде случаев одновременно появляется ощущение, что различные физиологические отправления — дыхание, сон, аппетит и т.д. тоже как-то изменяются. Перечисленные симптомы обычно сочетаются с субдепрессивным настроением, повышенной тревожностью за свое состояние, вегетативными нарушениями, в связи с чем подобную деперсонализацию часто называют невротической. У таких больных сохраняется не только сознание болезни, но часто и критическое отношение к своему состоянию.

Более тяжелые формы деперсонализации проявляются или отчуждением представления о своем "я", или отчуждением высших эмоций.

В первом случае собственное духовное "я" теряет свое единство и цельность — расстройство самосознания цельности (K.Iaspers, 1965). Собственное "я" ощущают как бы состоящим из отдельных частей. Многие больные говорят о раздвоении своего "я". Может возникать ощущение, что собственное "я" исчезло. В таких состояниях убеждены в том, что лишены собственных мыслей, взглядов, мировосприятия, говорят о себе, как о безликих людях, "я" которых как бы растворилось в окружающих. Часто возникает ощущение мучительной зависимости от других людей с одновременным ощущением непонимания их высказываний и поступков. Исчезает представление о своем прошлом, а то, что еще остается, воспринимается отдельными фрагментами, не имеющими связи с настоящим. K.Haug (1939) называет подобную деперсонализацию аутопсихическо и. Сознание болезни обычно сохранено, но критическая оценка своего состояния в целом значительно нарушена.

*Симптом описан Морозовым Г.В.

Отчуждение высших эмоций первоначально проявляется тягостно переживаемым чувством ослабления эмоционального реагирования на события окружающей жизни, природу, людей, увиденное и услышанное, самого себя. Ослабленные, "притупленные" чувства переживаются больными как тягостное расстройство. С усилением деперсонализации "притупленные чувства" сменяются ощущением полной утраты чувств с одновременно возникающим ощущением мучительности такого состояния. Это "скорбное бесчувствие" — anaesthesia psychica dolorosa. Характеризуя свое душевное состояние, больные с психической анестезией, как и вообще все больные с деперсонализацией, используют часто различные определения или сравнения: "Я окаменела, превратилась в дерево, в бесчувственное существо" и т.д. В наиболее тяжелых случаях anaesthesia psychica dolorosa усложняется расстройством, которое можно обозначить как "симптом потери мысленного зрения" — невозможность не только чувствовать, но и мысленно представлять себе то, о чем думают. Обычно это расстройство распространяется на близких, дом, обстановку, в которой приходилось находиться ранее, а в ряде случаев на все прежние представления, сопровождаясь ощущением мучительности. Выраженной психической анестезии может сопутствовать и другое расстройство — симптом соматопсихической деперсонализации (K.Haug, 1939), или анестезия витально-соматических ощущений. Перестают ощущать чувство боли, дыхания, сердцебиения, актов мочеиспускания и дефекации, веса тела и т.д. Отчуждению высших эмоций всегда сопутствует выраженный депрессивный аффект, сочетающийся обычно с тревогой и ажитацией. При выраженной психической анестезии в ряде случаев сознание болезни исчезает.

Деперсонализация требует дифференциального диагноза с психическим автоматизмом. При деперсонализации больной переживает

свою измененность как чисто субъективное состояние. Ощущение влияния, воздействия извне отсутствует.

ДЕРЕАЛИЗАЦИЯ — расстройство самосознания, сопровождаемое чувством измененности одушевленных и неодушевленных предметов, обстановки, явлений природы. При дереализации окружающее воспринимается измененным, странным, неотчетливым, чуждым, призрачным, тусклым, застывшим, безжизненным. Оно воспринимается как бы "сквозь туман, молоко, пленку, малопрозрачное стекло" и т.д., часто утрачивает объемность и перспективу — "как на фотографии". В других случаях сравнивают окружающее с декорацией. Видоизменяются акустические феномены: голоса и звуки отдаляются, становятся неотчетливыми, глухими. Изменяются краски окружающих предметов, их цвет становится тусклым, серым и т.п. — "свет померк, листва поблекла, солнце стало светить менее ярко". В ряде случаев при дереализации, напротив, окружающее воспринимается необычно четким, ярким, красочным: "Мир расцвел, предметы сделались более объемными, краски буйными, слышимое — звучным". При дереализации часто нарушается чувство времени. В ряде случаев оно одно может исчерпывать все расстройство. Время замедляется, останавливается, исчезает — "его больше нет". В других случаях испытывают ощущение, что время движется необычно быстро.

Дереализация может возникать в особых формах. К ним относятся deja vu (уже виденное), deja eprouve (уже испытанное), deja vecu (уже пережитое), deja entendu (уже слышанное), deja ressenti (уже прочувствованное) и аналогичные феномены, при которых вместо слова "уже" (deja), стоит слово "никогда" (jamais): jamais vu и т.д. Наиболее часто встречается расстройство deja vu — впечатление, представление, чувство, что все видимое (или какая-то его часть) уже виделись больным в прошлом. Группа расстройств, относимых к deja vu, может возникать изолированно, но нередко входящие сюда симптомы появляются не только вместе с дереализацией, но и подобно последней способны возникать в структуре сложных синдромов (онейроид, парафренный синдром, синдром Котара, состояния помрачения сознания типа особых (М.О.Гуревич, 1946) или сноподобных состояний — dreamy state). Некоторые психиатры относят группу расстройств типа deja vu к парамнезиям (см. ниже).

Дереализация требует дифференциального диагноза с рядом психопатологических симптомов. От галлюцинаций ее отличает отсутствие мнимовосприятия; от иллюзий — правильное определение окружающего; от психического автоматизма — принадлежность расстройства к своему "я" и отсутствие чувства сделанности. Симптомы deja, jamais и другие входящие в эту группу расстройства в тех случаях, когда они представляют собой нарушение близкое или идентичное дереализации, следует дифференцировать с воспоминаниями. От последнего их отличает то, что при воспоминаниях у индивидуума не возникает представления (впечатления), что он живет (как при deja vu и др.) фрагментами прошлой жизни.

Невротическая и аутопсихическая деперсонализация и часто сопутствующая им Дереализация чаще всего возникают в пубертатном и юношеском возрасте; значительно реже — в молодом и среднем возрасте. Деперсонализация высших эмоций наблюдается в самые различные возрастные периоды, но в наиболее выраженной форме — начиная со второй половины жизни и в позднем возрасте. В эти же периоды возникает обычно и депрессивная Дереализация.

При расспросе больных с деперсонализационно-дереализационными расстройствами, особенно в случаях с невротической и аутопсихической деперсонализацией (которые часто сочетаются с дереализацией, а не выступают изолированно), следует учитывать ряд обстоятельств. Как правило, у таких больных существуют отчетливые черты психического инфантилизма. Поэтому их психика очень напоминает психику подростков. У таких больных встречается категоричность суждений, повышенная ранимость, реакция оппозиции и т.д. В случаях, когда деперсонализационно-дереализационные расстройства возникают у больных шизофренией, при ее вялом течении (на всем протяжении болезни или на начальном ее этапе) почти всегда можно выявить симптомы психэстетической пропорции.* Весьма характерным бывает внешний облик таких больных. Они серьезны, корректны, немногословны, с чувством собственного достоинства или отчетливо выраженного своего превосходства над окружающими, холодные и отчужденные. Многие из них обладают достаточно хорошими, а порой даже высокими интеллектуальными способностями. Существует и другое обстоятельство, затрудняющее расспрос этой группы больных и вообще очень многих больных с деперсонализационно-дереализационными расстройствами. От них постоянно можно слышать жалобы, что они испытывают трудности сло-

* .Кречмера психэстатическая пропорция — сочетание психической гиперестезии (повышенная чувствительность и ранимость) с психической гипестезией (эмоциональная бедность); аллопсихический эмоциональный резонанс угасает раньше, чем аутопсихический.

веского выражения существующих у них расстройств. Обычно, разговорившись, что требует от собеседника времени, терпения и такта, такие больные очень обстоятельно рассказывают о своем состоянии. Многие их высказывания первоначально кажутся расплывчатыми, неопределенными, и собеседнику часто бывает очень трудно быстро вникнуть в их смысл. Однако наряду с такими высказываниями почти всегда можно услышать очень точные определения и образные сравнения, передающие в понятной собеседнику форме содержание переживаний. У некоторых больных появляется собственная терминология, с помощью которой они описывают свое состояние. Ее следует отличать от неологизмов, так как она включает слова, употребляемые в обыденной жизни, но больными они используются прежде всего для характеристики своего состояния. Отбор таких специальных слов и оборотов происходит постепенно, сопровождается напряженной интеллектуальной работой и "судорожным самонаблюдением" (P.Schilder, 1914).

Своими "словесными находками" больные очень дорожат, так как считают их верным отражением тех переживаний, которые их мучают. Поэтому следует обращать внимание на подобные высказывания больных, но не пытаться, особенно первоначально, как-то их исправлять, а тем более опровергать. Во-первых, врач не добьется в этом никакого успеха, а во-вторых, он оттолкнет этим самым от себя больного, который тотчас решит для себя, что собеседник его не способен понять. Врач не сделает ошибки, если в своих вопросах и высказываниях по поводу состояния больного будет употреблять используемые больным слова и выражения. Следует отметить, что в исследованиях, посвященных деперсонализации, при описании истории заболевания и психического статуса больных, сами психиатры как никогда часто дословно приводят услышанные ими от больных слова и фразы, характеризующие имеющиеся у тех расстройства. Успеху в беседе с больными может способствовать такой прием. Разобравшись в высказываниях больного, свыкнувшись с используемыми им словами, отражающими его психическое состояние, врач в своих ответных репликах подхватывает мысль, начатую больным, и продолжает ее, пользуясь терминологией больного. Нередко больные приносят с собой подробные записи самонаблюдений, в том числе в форме дневников. Многие больные охотно соглашаются описать в письменной форме свое психическое состояние. Они описывают свое состояние гораздо лучше, чем говорят о нем. Поэтому такие записи очень важны и ими не следует пренебрегать.

Нарушение ориентировки

Нарушение ориентировки (дезориентировка) — неспособность осознания окружающей обстановки — местопребывания, лиц и времени (аллопсихическая дезориентировка), собственной личности (аутопсихическая дезориентировка), состояния своего организма и происходящих в нем процессов (соматопсихическая дезориентировка).

Наиболее частой является АЛЛОПСИХИЧЕСКАЯ ДЕЗОРИЕНТИРОВКА, в частности, дезориентировка во времени. Не могут назвать или называют неправильно текущий час, время суток, календарное число, день недели, месяц, год, время года. При дезориентировке в месте утрачивается правильное представление о своем личном местопребывании. Дезориентировка в месте может проявиться ложной ориентировкой: больной, находящийся в больнице, считает, что находится у себя на работе. С дезориентировкой в месте часто тесно связана дезориентировка в ситуации, в том числе и неправильное определение лиц, окружающих больного. Разновидностью дезориентировки в месте является пространственная дезориентировка: возникает дезориентировка в расположении помещений квартиры, больницы, места службы, на котором долго проработали (болезнь Альцгеймера, синдром Корсакова). При бредовых и аффективно-бредовых состояниях, например, при депрессивно-параноидном синдроме (см. Синдромы психических болезней), наблюдается бредовая ориентировка. Обычно ее называют двойной бредовой ориентировкой. В этом состоянии больной правильно называет собеседника: "Вы врач", но одновременно убежден в том, что собеседник имеет и другую специальность, например, следователя; среди окружающих есть настоящие психические больные, но есть и лица, не имеющие к медицине или болезням вообще никакого отношения. Это работники следствия, прокуратуры и т.п. Помещение, в котором больной находится, — больница, но одновременно это и тюрьма и т.д. Аллопсихическая дезориентировка, как в своих отдельных компонентах, так и в целом, может развиваться остро (обычно в связи с помрачением сознания, различными по структуре острыми бредовыми состояниями), и в этих случаях она кратковременна. При других психопатологических состояниях развитие дезориентировки может происходить исподволь и длительно, с постепенным усложнением определяющих ее расстройств — в первую очередь прогредиентные органические процессы. В этих случаях речь обычно идет о различных вариантах амнестической дезориентировки.

ДЕЗОРИЕНТИРОВКА В СОБСТВЕННОЙ ЛИЧНОСТИ (аутопсихическая дезориентировка) возникает при развитии манифестных психозов. Одни из них сопровождаются состояниями помрачения сознания (сумерки, онейроид и др.), при других сознание остается непомраченным, но существует большой синдром, например парафренный, синдром Котара и т.д. В ряде случаев аутопсихическая дезориентировка возникает на фоне ослабоумливающих органических процессов, например при dementia senilis. При состояниях помрачения сознания аутопсихическая дезориентировка представляет собой эпизод, при больших синдромах существует месяцы и годы; при ослабоумливающих процессах, раз возникнув, существует до конца жизни.

При СОМАТОПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗОРИЕНТИРОВКЕ больные сообщают о необычных смещениях, изменениях и деструкции своих внутренних органов, о необычном их функционировании, о замене одного органа другим и т.п. Соматопсихическая дезориентировка всегда свидетельствует о наличии генерализованных психических расстройств. Последние могут возникать в рамках ослабоумливающих процессов (прогрессивный паралич, бредовые варианты старческого слабоумия), при больших синдромах, например, при парафренном или синдроме Котара (эндогенные психозы) или же в рамках состояний помрачения сознания, сопровождаемых большим числом различных продуктивных расстройств (сумеречное, онейроидное помрачение сознания). При онейроиде и в части случаев сумеречного помрачения сознания соматопсихическая дезориентировка — преходящее расстройство. В ряде случаев вслед за исчезновением сумеречного помрачения сознания на долгие сроки остается бред, содержанием которого могут являться наряду с другими симптомами и явления соматопсихической дезориентировки.

Расстройства мышления (расстройства ассоциативного процесса)

Клиническая классификация расстройств мышления отсутствует. Выделение психиатрами отдельных форм нарушения мышления основывается в первую очередь на изменениях темпа и последовательности процесса мышления, а также на логических особенностях его построения. НеMt, дкие и некоторые отечественные психиатры говорят в этом случае о фокальных нарушениях мышления. Им противопоставляют расстройства мышления по содержанию. К последним относят явления навязчивости, сверхценные идеи и бред. И хотя к настоящему времени никто из психиатров не сомневается в том, что перечисленные психопатологические симптомы не являются проявлением лишь одного расстройства ассоциативного процесса, тем не менее в значительном числе отечественных и зарубежных (прежде всего немецких) пособий по психиатрии навязчивости, сверхценные идеи и бред описываются вслед за тем, как перечисляются отдельные формы нарушенного мышления.

Ниже приводятся наиболее часто встречающиеся формы расстройств ассоциативного процесса.

Мышление а м б и в а л е н т н о е характеризуется одновременным возникновением и сосуществованием противоположных, противоречащих по содержанию друг другу мыслей.

Мышление а у т и с т и ч е с к о е (Аутизм; E.Bleuler, 1911) — мышление, опирающееся не на факты реальной жизни, а на переживания, обусловленные внутренним миром больного — его субъективными установками, желаниями, фантазиями. Аутистически мыслящий больной не обращает внимания на противоречия с действительностью.

Мышление а ф ф е к т и в н о е (мышлениедереистическое) использует суждения и умозаключения, основывающиеся не на логических посылках и реальных обстоятельствах, а на преобладающих в данный момент эмоциях и желаниях.

Мышление в я з к о е (мышление тугоподвижное) определяется замедленностью мыслительных процессов, обеднением ассоциаций, трудностью переключения с одного круга представлений на другой. Всегда "застревают" на второстепенных деталях, повторяют уже сказанное.

З а к у п о р к а м ы ш л е н и я (отключение, обрыв, блокирование мыслей; шперрунг — нем. Sperrung; барраж — фр. barrage) — внезапный перерыв хода мыслей или задержка мыслительного процесса, сопровождаемая выпадением мыслей из сознания, остающегося непомраченным; расстройство осознается и запоминается больным. Часто, когда задержка или обрыв мысли проходят, появляется новая мысль, не имеющая ничего общего с предыдущей. Данное расстройство мышления возникает вне связи с галлюцинациями, бредом или психическим автоматизмом. Симптом "закупорки мышления" следует дифференцировать с абсансом и некоторыми другими припадками (см. Эпилептический синдром).

Мышление з а т о р м о ж е н н о е проявляется в затрудненности, замедленности или в отсутствии способности к речевым высказываниям при явном желании больного говорить. Субъективно ход мыслей воспринимается как замедленный, преодолевающий сопротивление. Больные жалуются, что им ничто не приходит в голову или же они постоянно

задерживаются, "кружатся" на одной мысли. Всегда занижена самооценка — постоянно считают себя несостоятельными в интеллектуальном отношении, "поглупевшими". Заторможенное мышление в описанной форме возникает, как правило, при эндогенных депрессиях. Уменьшение числа ассоциаций — их бедность — сопровождается нередко моноидеизмом — доминированием в сознании больного какого-либо одного представления или идеи. Моноидеизм, возникающий на фоне сниженного настроения, называют депрессивным. Заторможение психической деятельности, в частности процесса мышления при органических поражениях головного мозга (эпидемический энцефалит, состояния после отравления СО, синдром Паркинсона в начале и в конце экзогенных типов реакций и т.д.), обозначается термином брадипсихизм (брадифрения).

Мышление и н к о г е р е н т н о е (мышление бессвязное) характеризуется утратой последовательности ассоциативного процесса, сопровождается исчезновением логических связей между отдельными мыслями и внутри представлений, в связи с чем наблюдается "распад переживаний" (K.Conrad, 1958). Речь больных представляет бессмысленный набор слов.

Мышление и н ф а н т и л ь н о е — мышление, объединяющее несовместимые мысли и понятия,* не проводящее различий между субъективными представлениями и объективными явлениями действительности.

Мышление к а т а т и м н о е (мышление кататимическое) — разновидность аффективного мышления. При нем содержание ассоциативного процесса определяется не фактами реальной действительности, а преимущественно или исключительно господствующими в данный момент аффективными переживаниями.

Мышление о б с т о я т е л ь н о е —форма нарушения мышления, при которой, несмотря на сохранность конечной цели мышления, преобладают не главные, а вторичные, сопутствующие представления. Больные не способны отделить второстепенное от существенного и оперируют множеством ненужных подробностей. Когда одна тема исчерпана, переходят к другой, которая излагается так же, как и предыдущая. Обстоятельное мышление всегда сопровождается той или иной (чаще выраженной) степенью монотонности и замедленности. В противоположность персеверации (см. ниже) при обстоятельности мышления к тому, что уже сказано, обычно не возвращаются. В ряде случаев обстоятельность мышления захватывает лишь определенную группу представлений, например, при бредовой обстоятельности (см. Паранойяльный синдром), в других — все представления больного. Часто обстоятельность мышления невозможно дифференцировать от вязкого или тугоподвижного мышления, и поэтому оба термина используются психиатрами как синонимы. Из них предпочтительнее термин "мышление обстоятельное". Прилагательным "вязкий" лучше характеризовать особенности аффекта (см. Симптомы нарушения эмоций).

* Понятие — обобщающая мысль о предмете или явлении, выделяющая в нем совокупность специфических признаков.

Мышление п а р а л о г и ч е с к о е основывается на объединении случайных, в том числе несопоставимых явлений и фактов. Сопровождается нарушением логических связей, игнорированием фактических предпосылок и доказательств, нагромождением и смешением понятий. Часто наблюдается соскальзывание — смена доминирующих мыслей побочными.

Мышление п е р с е в е р а т и в н о е сопровождается затруднением и замедлением ассоциативного процесса. Одновременно происходит "застревание" в сознании одной мысли или представления. Больной постоянно возвращается к уже сказанному. Так, он многократно повторяет какой-нибудь свой, обычно состоящий из одного-нескольких слов ответ, хотя ему задают уже вопросы иного содержания.

Мышление р а з о р в а н н о е характеризуется нарушением логических связей между отдельными ассоциациями, их скачкообразностью, соединением разнородных, не связанных общим смыслом мыслей, разрывом мыслей, употреблением неологизмов.

Мышление р е з о н е р с т в у ю щ е е (резонерство) — расстроенное мышление с преобладанием пространных, отвлеченных, нередко малосодержательных или расплывчатых рассуждений на тему заданного вопроса или какую-либо общую тему, выбранную самим больным.

Мышление с и м в о л и ч е с к о е — мышление, оперирующее образами и понятиями, имеющими иносказательное значение, часто совершенно непонятное для другого человека, но имеющее для самого больного определенный смысл.

Мышление с к а ч к о о б р а з н о е определяется постоянной сменой цели мыслительного процесса в связи с неустойчивостью внимания и изменчивостью установок.

Мышление с о с к а л ь з ы в а ю щ е е — отклонение начавшегося ассоциативного процесса с мыслями определенного содержания на побочные мысли, которые заменяют главные. Утрата логической связи может быть полной или частичной. В последнем случае остается некоторая смысловая связь начального содержания мыслей с конечной ситуацией.

Мышление ускоренное сопровождается увеличением числа ассоциаций и облегчением их возникновения. Больные говорят о том, что мысли в их голове "теснятся" и они думают "с необыкновенной легкостью". Усиливаются образность и конкретность мышления, получающие явное преобладание над мыслями абстрактного содержания. Суждения больных поверхностны, односторонни и поспешны. Мышление приобретает непоследовательность в связи с повышенной отвлекаемостью больных, особенно на внешние события. Постоянно меняется тема мышления в связи с самыми различными привходящими обстоятельствами. O.Bumke (1943) сравнивает это явление с игрой в домино: случайно выпавшее последнее число предопределяет выбор следующей кости. Ускорение процесса мышления в выраженной степени (скачка, вихрь идей) обычно сопровождается потерей окончательной цели мышления.

Ментизм (F.Chaslin, 1911) — неудержимое и непрерывное возникновение в сознании отвлеченных мыслей или мыслей, сопровождаемых образными представлениями, ни на одном из которых не могут задержать своего внимания. Содержание мыслей и представлений, а равным образом и реакция на них самого больного носят тягостный характер. Эта черта отличает ментизм от ускоренного мышления вообще, вариантом которого является данное расстройство. Чаще всего ментизм возникает в вечерние часы на фоне бессонницы или в состоянии, промежуточном между сном и бодрствованием.

Навязчивые состояния

Навязчивые состояния (син. ананказм, навязчивость, обсессия) — непроизвольное, неудержимое и непреодолимое возникновение в сознании больного обычно неприятных и тягостных мыслей, представлений, воспоминаний, сомнений, страхов, влечений, движений и действий, по отношению к которым сохраняется критическое отношение и стремление им противостоять.

Термин "навязчивые идеи" предложен И.М.Балинским и использовался им на его лекциях по психиатрии в Медико-хирургической академии.* Во французской литературе ему соответствует термин "obsession", а в немецкой — Zwangsvorstellungen. K.Iaspers (1913) предложил разделять навязчивые состояния на отвлеченные, не сопровождаемые измененным аффектом, и образные, при которых навязчивостям

* Крафт-ЭбингР.В. Учебник психиатрии. Перевод с нем. СПб, 1897, с. 78.

всегда сопутствует тягостный аффект тревоги или страха. Подобное разделение навязчивых состояний в значительной степени относительно. Определенная часть отвлеченных навязчивостей сопровождается явным аффективным компонентом. Последний обусловливается и самим фактом появления навязчивости и, в ряде случаев, ее содержанием.

К ОТВЛЕЧЕННЫМ НАВЯЗЧИВОСТЯМ принадлежат болезненное (бесплодное) мудрствование (умственная жвачка), навязчивый счет, некоторые случаи навязчивых воспоминаний, разложение слов на слоги, в ряде случаев навязчивые действия.

Болезненное мудрствование — навязчивое состояние, при котором больным овладевает потребность решать вопросы о причинной зависимости явлений друг от друга. Этот термин под названием "Grubelsucht" впервые описан в 1868 году W.Griesinger'oM. Он заимствовал для обозначения расстройства, слово "grubeln" (мудрствовать) у больного, которого ему случилось наблюдать и который сам определял этим словом имевшееся у него патологическое явление. Идеаторный компонент при болезненном мудрствовании имеет самое различное содержание: метафизическое ("почему Земля круглая?"; "где верх, а где низ Земли?" и т.д.), нравственное, правильности или неправильности своих поступков, религиозное и т.д. H.Legrand du Saulle (1875), подробно описавший данное расстройство, привел многочисленные его примеры.

"Молодая, интеллигентная, очень живая и активная женщина, артистка и музыкантка, находясь одна на улице, начинает задавать себе следующие вопросы: "Не упадет ли сейчас кто-нибудь из окна мне под ноги? Это будет женщина или мужчина? Это лицо разобьется насмерть или же будет только ранено? Упадет оно на голову или на ноги? Будет ли кровь на тротуаре? Если это лицо разобьется насмерть, что я должна делать? Должна ли я звать на помощь или убежать? Не обвинят ли меня в этом происшествии? Не оставят ли меня из-за этого мои ученики? Будет ли признана моя невиновность?" и т.д.*

Подобными вопросами больные нередко доводят себя до изнурения. Часто при этом у них возникает тревожно-подавленное настроение. Болезненное мудрствование нередко появляется и исчезает внезапно. Его содержание может быть однообразным, повторяясь как бы в форме "клише". У других больных в разные периоды расстройство может затрагивать самые необычные темы.

* H.Legrand du Saulle. La folie du doute (avec delire du toucher) Paris 1875, p. 12.

Н а в я з ч и в ы й с ч е т (арифмомания) — навязчивое состояние, проявляющееся либо одним счетом, либо счетом со стремлением запомнить число каких-либо попадающих на глаза больному предметов. Например, больной едет в автобусе и стремится успеть подсчитать число этажей в домах, встречающихся ему по пути. Счет может касаться самых различных предметов и явлений. Считают число пройденных шагов, встречающихся лиц, определенным образом одетых, проезжающие мимо автомобили, их марки, номера и т.д. Нередко в уме производят самые различные счетные операции.

При н а в я з ч и в ы х в о с п о м и н а н и я х помимо желания стремятся припомнить какие-либо бывшие ранее незначительные жизненные события. Частой разновидностью навязчивых воспоминаний является ономатомания — навязчивое припоминание имен собственных, дат, названий предметов, редких или странных слов и т.п. Термин введен J.Charcot и V.Magnan'oM (1885, 1892 гг.). К отвлеченным навязчивостям относят разложение слов на слоги, составление фраз из слов, каждое из которых должно состоять из определенного числа слогов или букв.

Отвлеченные навязчивости необходимо дифференцировать с ритуалами (см. ниже). В тех случаях, когда отвлеченные навязчивости сопровождаются определенным значением, ограждающим больного от неприятностей — речь идет о ритуале.

ОБРАЗНЫЕ НАВЯЗЧИВОСТИ очень разнообразны. По частоте первое место занимают навязчивые страхи (фобии). Фобия — страх, боязнь, опасение или тоскливое отвращение, возникающее по отношению к одушевленным или неодушевленным предметам, а также к ситуациям, собственному физическому или психическому состоянию, явлениям природы. Описано бесчисленное число фобий, названия которых чаще всего образуются с помощью корней греческих слов, которые обозначают предмет страха и сочетаются со словом "страх", предшествуя ему. Вот почему терминологию, обозначающую фобии, по словам Devaux и Logre, называют "сад греческих корней в полном цвету".* Преобладающее число приводимых в психиатрической литературе фобий встречается очень редко и представляет таким образом казуистику. Вместе с тем существует определенное число навязчивых страхов, с которыми психиатр сталкивается часто и даже постоянно.

А г о р а ф о б и я — страх открытых пространств (улиц, площадей, поля, покрытой льдом водной поверхности и т.д.). Таких больных часто приходится сопровождать близким или сослуживцам при их нахождении вне помещений. В противном случае они часто самостоятельно не могут из них выйти.

I.Sutler. Phobic. Manuel alphabetique de psychiatria. Paris, 1969, p. 457.

А й х м о ф о б и я (оксифобия) — страх острых режущих или рубящих предметов. В одних случаях боятся этих предметов вообще; в других, более частых, больные считают, что могут применить их против окружающих, чаще всего близких им людей, или же самих себя.

А к р о ф о б и я (гипсофобия) — страх высоты, возникающий при нахождении больного на балконе, мосту, в самолете и т.д.

А н т р о п о ф о б и я (гомилофобия) — страх толпы — боязнь потерять сознание и быть задавленным массой людей.

Б а ц и л л о ф о б и я — страх заражения микробами.

Г а п т е ф о б и я — страх прикосновения к больному окружающих людей. Обычно сопровождается страхом заражения или загрязнения.

Д и с м о р ф о ф о б и я — страх мнимого уродства, в частности, в связи с неправильным развитием частей тела (нос, подбородок, руки, фигура в целом и т.д.); нередко сопровождается предположениями или убежденностью, что окружающие могут заметить или замечают "существующие" физические отклонения.

К а н ц е р о ф о б и я — навязчивый страх заболевания злокачественным новообразованием.

К а р д и о ф о б и я — навязчивый страх умереть от сердечного заболевания.

К л а у с т р о ф о б и я — страх замкнутых помещений в связи с возможностью почувствовать здесь себя плохо или просто умереть.

Л и с с о ф о б и я (маниофобия) — страх психического заболевания.

М и з о ф о б и я — страх загрязнения при прикосновении самого больного к окружающим одушевленным и неодушевленным предметам.

М о н о ф о б и я — страх оставаться одному.

Н о з о ф о б и я — страх заболевания тяжелой болезнью, обычно влекущей за собой смертельный исход.

О н о м а т о ф о б и я — страх услышать или произнести самому определенные слова.

П а н т о ф о б и я — безотчетный страх всего окружающего. Больной боится всего — любой ситуации, любого предмета.

П е т т о ф о б и я — страх упустить кишечные газы.

С и д е р о д р о м о ф о б и я — страх быстрой езды на транспорте в связи с ожиданием его крушения.

С и ф и л о ф о б и я — страх заболеть сифилисом.

С к о п т о ф о б и я — страх показаться окружающим людям смешным.

Т а н а т о ф о б и я — страх смерти вообще.

Т а ф е о ф о б и я — страх быть заживо погребенным.

Т у б е р к у л о ф о б и я (фтизиофобия) — страх заразиться или заболеть туберкулезом.

Ф а г о ф о б и я (ситофобия) — страх проглотить пищу, из-за возможности ею подавиться.

Ф о б о ф о б и я — страх возникновения навязчивого страха — "страх страха".

Ф о н о ф о б и я — страх звуков и в том числе собственного голоса.

Э р и т р о ф о б и я (эрейтофобия) — страх покраснеть в присутствии посторонних лиц.

У одних больных наблюдаются одновременно самые различные фобии, у других только какая-нибудь одна (монофобия).

Навязчивые сомнения — отсутствие уверенности в правильности и законченности выполненных (совершенных) действий. Впервые описаны J.F.Falret (fill), 1866. Больной, страдающий навязчивыми сомнениями, постоянно неуверен в том, что он сделал все так, как это необходимо. Если он совершил какое-либо действие, которое проверить нет возможности, например, опустил письмо в почтовый ящик, он долго будет думать о том, заклеил ли он конверт, правильно ли он надписал почтовый адрес, не попала ли на конверт вода при опускании его в почтовый ящик, не смыла ли вода при этом указанного им на конверте адреса и т.д. Если же совершенное действие можно проверить, больной делает это неоднократно, вплоть до изнурения. При навязчивых сомнениях постоянны аффекты тревоги и опасения; в ряде случаев может возникать отчетливый страх.

Близки к навязчивым сомнениям и навязчивым страхам **навязчивые,) опасения** невозможности совершить привычное, профессиональное, в| том числе автоматизированное действие: лектор боится забыть содер жание хорошо знакомого материала, чтец-декламатор — запнуться пр произнесении хорошо знакомого текста, больной во время еды боится что не сумеет проглотить пищу и т.д. В этих случаях иногда может дей ствительно произойти нарушение произвольного или автоматизирован ного действия.

Навязчивые влечения — желание совершить бессмысленное, опао ное, непристойное действие, сопровождаемое тревогой или страхом.

больной, находящейся на работе среди большого числа сослуживцев, внезапно возникает интенсивное желание закричать петухом; у матери — ошпарить кипятком своего ребенка; у мужчины — цинично выругаться и т.д. Несмотря на всю свою интенсивность, навязчивые влечения почти никогда не реализуются. Существуют только отдельные наблюдения французских психиатров, показывающие возможность перехода навязчивых влечений в импульсивные действия, соответствующие бывшим ранее навязчивостям (Levy-Valensi, 1948). Так, у женщины, страдавшей тревожной депрессией, последняя сопровождалась постоянным навязчивым влечением перерезать себе бритвой вены на руке. Существовавшее длительное время влечение соответствовало всем критериям, свойственным навязчивым явлениям вообще. В один из периодов усиления симптомов депрессии больная внезапно схватила бритву и перерезала себе вены на предплечье. Позже она сообщила врачу, что она не могла противостоять существовавшему у нее влечению и действовала как бы автоматически.

Навязчивые воспоминания — возникновение в сознании больного неотвязных, нередко образных мыслей, относящихся к какому-либо бывшему в действительности, нередко преувеличенному больным неприятному, порочащему или мучительному для него событию.

Контрастные представления и хульные мысли имеют своим содержанием темы, несовместимые с мировоззрением и этическими установками больного. Это обычно мысли, противоречащие убеждениям или вере (в том числе религиозной), ругательства преимущественно в адрес близких или чтимых больным людей, пожелания им всякого рода неприятностей и несчастий, скабрезные представления о них.

Овладевающие представления — возникновение в сознании больного неправдоподобной или просто невероятной мысли, связанной с событием, происходившим в действительности. А.В.Снежневский* приводит следующий пример.

У больного от туберкулезного менингита умер сын; его похоронили. Спустя некоторое время у отца ребенка возникла мысль, что его сына похоронили живым. Больной ярко представлял себе (см. ниже галлюцинаторные обсессии), как ребенок проснулся в гробу, кричал и в конце концов задохнулся. Эта мысль и соответствующие ей представления были настолько сильны и мучительны, что больной неоднократно ходил на кладбище, прикладывал ухо к могиле и подолгу слушал, не донесутся ли из могилы крики. Этим дело не ограничилось. Отец обратился к администрации кладбища с просьбой вскрыть могилу и проверить, не изменилось ли в гробу положение тела.

* Снежневский А.В. Общая психопатология. Валдай, 1970, с. 67.

Навязчивые действия — непреодолимое стремление совершать определенные движения или действия. Расстройство не является в психопатологическом отношении однородным. Существуют навязчивые движения близкие к отвлеченным навязчивостям, т.е. они не сопровождаются отчетливым аффективным компонентом, например, совершение ненужных мимических движений (надувание щек, скашивание в сторону подбородка), навязчивое напевание мелодий, потирание рук, передергивание плечами и т.п. Усилием воли эти движения на короткое время перебарывают, но затем они возникают сызнова. Их форма обычно стереотипна. В других случаях навязчивые действия связаны с навязчивыми сомнениями: бесконечная проверка того, выключил ли больной газ, правильно ли закрыл дверь на замок и т.п. К навязчивым действиям относятся и ритуалы —простые или сложные движения или действия, выполняемые против воли и вопреки разуму для предотвращения воображаемого несчастья или с целью его преодоления. Ритуалы возникают при фобиях, навязчивых сомнениях, контрастных представлениях и других навязчивых состояниях. Невыполнение ритуального действия вызывает у больного тревожное состояние и усиление имеющейся навязчивости. При этом больной обычно не может чем-либо заниматься, думать о постороннем, будучи всецело поглощен мыслью о ритуале. Формы ритуалов очень разнообразны: поворот туловища вокруг вертикальной оси, проделываемый определенное число раз; при ходьбе по тротуару больной не наступает на стыки цементных плит; отправляясь в командировку, берет с собой определенные, хотя и совершенно ненужные вещи и т.д. Ритуалами являются и различные защитные словесные выражения. В некоторых случаях ритуалы приобретают такую сложность, что становятся своего рода церемониями, из-за которых больной зачастую почти ничем заняться не может.

Иллюзии

Иллюзии (illusiones; лат. illusio,— ошибка, заблуждение) — ошибочное восприятие реально существующих в данный момент предметов или явлений.*

Иллюзии подразделяют в зависимости от того, в каком органе чувств они возникают (зрительные и слуховые иллюзии) и (или) на основе предполагаемого механизма их развития. Так, K.Jaspers (1965), основываясь на психологическом критерии возникновения иллюзий, разделяет их на аффективные, парейдолические и иллюзии, связанные с нарушением внимания. Во всех этих случаях наряду с иллюзиями существуют и другие психопатологические расстройства.

* Энциклопедический словарь медицинских терминов. Т. I, 1982, с. 407.

Аффективные иллюзии возникают, как правило, на фоне пониженного аффекта, сопровождаемого тревогой, а то и страхом. При зрительных аффективных иллюзиях неодушевленные предметы или живые существа воспринимаются как совершенно иные, способные обычно так или иначе повредить больному. Столб воспринимается как поджидающий с недобрыми целями больного человек, какой-либо предмет в руках рядом находящегося лица — как орудие убийства, собака воспринимается в качестве страшного зверя и т.д. Возникновению зрительных аффективных иллюзий часто способствует нечеткость восприятия окружающего, обусловленная освещением, например, полумраком или противоположными световыми эффектами — солнечные блики и т.п. При аффективных слуховых иллюзиях различные обыденные посторонние звуки (стуки, шум шагов, хлопанье дверьми) воспринимаются как приготовления к чему-то страшному, например, к пытке, осуждению, расправе и т.д., слышат отрывки траурной музыки или похоронного пения.

При словесных иллюзиях в разговорах или отдельных репликах окружающих слышат обвинения, угрозы, насмешки, циничные замечания в свой адрес или в адрес своих близких, слышат, как близкие зовут на помощь, как они плачут или стонут. Вербальные аффективные иллюзии, существующие в форме фраз, составляющих в своей совокупности пусть краткое, но законченное по смыслу повествование, называют иллюзорным галлюцинозом. Слуховые, но особенно зрительные иллюзии, возникающие при ухудшении внимания, могут быть совсем лишены аффективного компонента. Такие иллюзии встречаются при астении и психоорганическом синдроме. В частности, больные с астеническими расстройствами нередко жалуются на то, что в незнакомых людях они в первый момент узнают знакомых лиц. В ряде случаев в возникновении зрительных иллюзий принимают участие и ухудшение внимания, и аффективные расстройства — больные с алкогольным делирием.

Парейдолические иллюзии (парейдолии) — зрительные иллюзии фантастического содержания. В рисунках обоев, пятен или бликов света на стенах, облаках и т.д. видят необычные, подчас экзотические растения, необыкновенные картины различного содержания, архитектурные сооружения, несуществующих в природе животных. Парейдолии возникают на фоне снижения активности психического тонуса, например, в состояниях опьянения некоторыми наркотическими сред-

ствами (препараты опия, гашиш и т.д.), при состояниях помрачения сознания (делирий, онейроид), при измененном настроении, в частности, при экстазе.

Иллюзии следует дифференцировать с бредовыми интерпретациями, галлюцинациями слуха и зрения. При бредовых интерпретациях больной видит, что о нем говорят, но обычно не слышит произносимых слов. При иллюзиях слуха и зрения всегда существует ошибочно воспринимаемый слухом или зрением объект; при галлюцинациях объект отсутствует. Это положение нашло свое отражение в известном афоризме Ch.Lasegue*: "Иллюзии — злословие (сплетни, пересуды); галлюцинации — клевета" (порочащая ложь).

Иллюзии, в первую очередь слуховые, обычно усиливаются в дневное время, когда существует много всяких звуков; к вечеру и в ночное время с появлением тишины они обычно исчезают. Слуховые (вербальные) галлюцинации, как правило, усиливаются в своей интенсивности в вечернее и ночное время. Существуют, однако, случаи, где дифференциальный диагноз между слуховыми иллюзиями и галлюцинациями очень труден или невозможен.

Увеличивающиеся в числе и усложняющиеся в содержании зрительные иллюзии начинают сочетаться со зрительными галлюцинациями и могут быть вытеснены ими. Вербальные иллюзии нередко сменяются иллюзорным галлюцинозом, и в ряде случаев (при экзогенно-органических психозах) дальнейшее утяжеление клинической картины влечет появление истинного вербального галлюциноза.

Галлюцинации

Галлюцинации (мнимовосприятия, обманы чувств) — расстройство восприятия в виде образов и представлений, возникающих без реального раздражителя, реального объекта. В тех случаях, когда эти мнимовосприятия приобретают предметность и не отличимы от объектов действительности, говорят об ИСТИННЫХ ГАЛЛЮЦИНАЦИЯХ. Наряду с ними выделяют также псевдогаллюцинации (см. ниже).

Термин "галлюцинации" без того, однако, чтобы дать ему точное определение, впервые использован в психиатрии Boissier de Sauvage'eM (1767). Первое четкое, наиболее простое и, возможно, лучшее клиническое определение галлюцинаций дал J.Esguirol (1817), впервые выделивший это психопатологическое расстройство. "Человек, — писал он, —

* Цитировано по H.Ey, P.Bernard, Ch.Brisset. Manual de psychiatric. Paris, 1967, p. 112.

который полностью убежден в том, что испытывает в данный момент ощущение, в то время как никакой внешний объект не способен такого ощущения возбудить воздействием на его органы чувств, такой человек находится в состоянии галлюцинирования".* Позже B.Ball (1883) дал афористическое определение галлюцинациям, обозначив их как "восприятия без объекта". И хотя данное определение в последующем на основании различных научных фактов многократно опровергалось, им продолжают пользоваться и сегодня. J.Esguirol первым подчеркнул тот факт, повторяемый вслед за ним всеми исследователями вплоть до настоящего времени, что при галлюцинациях мнимовосприятия (слуховые, зрительные и т.д.) являются для больных объективной реальностью. Для подтверждения такого положения J.Esguirol привел следующее высказывание наблюдаемого им больного, страдающего галлюцинациями: "Я видел, я слышал так же четко, как вижу и слышу вас в данный момент".** Непреложность галлюцинаций для больных настолько очевидна, что даже в тех случаях, когда галлюцинаторные образы противоречат действительности, они охотнее признают ошибочным или просто ложным то, что для здоровых людей реально. Отношение больных к галлюцинациям как к объективной реальности очень часто не зависит и от степени их выраженности (яркости): неотчетливые галлюцинации воспринимаются ими как явление действительно существующее. При интенсивно выраженных галлюцинациях, в частности, на высоте развития психоза, мнимовосприятия не только объективная реальность. С их содержанием больной не может не считаться. Вместе с тем не так уж и редко больные узнают галлюцинации. Они для них объективная реальность, но реальность несколько необычная. О таком качестве последней больные судят по особенностям содержания галлюцинаций, по появлению новых и необычных ощущений, сопутствующих мнимовосприятиям. Галлюцинации различаются по содержанию, образности (яркости), реакции больных на их появление, особенностям проекции, локализации в пространстве, условиям возникновения. Галлюцинации возникают в любом органе чувств, в связи с чем их еще со времени исследований данного расстройства N.I.Baillarger*** чаще всего подразделяют

* Цитировано по G.Seglas. Semeiologie des affections mentales. Traite de Pathologie Mentale. Paris, 1903, p. 195.

** Цитировано по I.Seglas. Semeiologie des affections mentales. p. 196.

*** Baillarger N.I. Extrait d'un mimoire intitule des hallucination, des causes qui les produisent et des maladies qu'elles caracterisent. De I'influence de 1'etat a la veille et au sommeil sur la production et la marche des hallucination. Meroire de 1'Academie de medicine. Paris, 1846, p. 476.

на слуховые или акустические, зрительные или оптические, обонятельные, вкусовые, тактильные (осязательные) и галлюцинации общего чувства. В одних случаях возникают галлюцинации, связанные лишь с одним органом чувств (анализатором), в других появляются галлюцинации, захватывающие два и более органов чувств. Так, у больного могут существовать одновременно слуховые и зрительные галлюцинации; галлюцинации слуха, зрения, обоняния и общего чувства — сложные или комплексные галлюцинации.

Слуховые галлюцинации. Вместе со слуховыми псевдогаллюцинациями (см. ниже) являются самой частой формой галлюцинаторных расстройств. Слуховые галлюцинации в форме шума, свиста, шипения, треска и т.п. называют акоазмами и относят к элементарным галлюцинациям. В тех случаях, когда слышат междометия, обрывки слов, отдельные слова или разговорную речь, говорят о фонемах — словесных (вербальных) галлюцинациях. Последние очень часто определяются самими больными как "голоса". И акоазмы, и особенно фонемы могут иметь самую различную громкость. В частности, вербальные галлюцинации могут проявляться в форме шепота, высказываний, произносимых с громкостью, обычной для повседневного разговора, быть неестественно громкими — вплоть до оглушающих больного. Слуховые, в первую очередь вербальные галлюцинации, обычно локализуются в пределах "слуховой досягаемости": в соседней комнате, на лестничной клетке, за окном, за стеной соседней квартиры, на чердаке, на крыше дома, в котором живут, или соседнего дома и т.д. "Голоса" могут сохранять по отношению к больному неизменное расстояние, удаляться или, напротив, приближаться. В последнем случае больной способен слышать их так, как если бы они находились почти рядом с ним. Обычно в этих случаях между "голосами" и больным существует что-либо их разделяющее, например, дверь, стена и т.п. Много реже вербальные галлюцинации доносятся издали, с неопределенно-далекого расстояния. Вербальные галлюцинации могут принадлежать одному, двум и большему числу людей. В последнем случае больные нередко говорят, что слышат "хор голосов". "Голоса" могут принадлежать мужчинам, женщинам, детям, знакомым и незнакомым больному лицам. Содержание словесных галлюцинаций самое разнообразное: угрозы, обвинения, приказы (императивные галлюцинации); насмешки, поддразнивание или передразнивание (дразнящие галлюцинации); увещевание, ободрение, поддержка, защита, успокоение, поучение (телеологические галлюцинации);* обсуждение поступков и

* Блейлер Э. Руководство по психиатрии Пер. с нем. Берлин, 1920 с. 48.

высказываний больного с соответствующим определением того, что больной говорит и делает в данный момент: "вот он выругался, прошептал про себя, хочет одеться, подошел к двери" и т.д. (комментирующие галлюцинации); сообщения о различных событиях настоящей и прошлой жизни больного (повествовательные галлюцинации); галлюцинации могут иметь сменяющееся, в частности, противоположное по смыслу содержание — то обвинять, то защищать больного (антагонические галлюцинации). У одного больного могут наблюдаться как галлюцинации одного, так и самого различного содержания. В тех случаях, когда в содержании галлюцинаций последовательно развивается определенная тема, например, связанная с судопроизводством (следствие, сам суд, осуждение и обсуждение наказания) — говорят о сценоподобных слуховых галлюцинациях. Обычно слуховые галлюцинации воспринимаются больным обоими ушами; изредка — одним ухом (унилатеральные вербальные галлюцинации). Галлюцинации слуха нередко колеблются в своей интенсивности в зависимости от внешних акустических феноменов. Например, они ослабевают при шуме в отделении, неизбежном в дневное время. Их усиление, а в ряде случаев и появление происходит обычно в тишине, предпочтительно в вечерние и ночные часы. Вербальные галлюцинации возникают преимущественно на фоне непомраченного сознания. Их появление сочетается обычно с различными аффективными расстройствами — недоумением, раздражением, тревогой, страхом, паникой, гневом, повышенным настроением, экстазом. Многие больные, особенно впервые заболевшие, при возникновении у них слуховых, в первую очередь вербальных галлюцинаций, пытаются выяснить место, откуда исходит слышимое ими. С этой целью они обследуют помещение, в котором находятся, поднимаются на чердак, на крышу, выходят на улицу и т.п. В тех случаях, когда появление вербальных галлюцинаций не сопровождается отчетливым аффективным компонентом и больные говорят о них, как о чем-то привычном, речь идет о многолетнем существовании психической болезни.

Зрительные галлюцинации разделяют на элементарные — лишенные четкой формы: дым, пламя, искры,пятна, полосы — ф о т о п с и и и с л о ж н ы е. В последнем случае возникают видения, имеющие форму конкретных предметов, сцен или картин. Они могут появляться и в общем виде, и отличаться обилием деталей. Зрительные галлюцинации могут быть бесцветными, напоминая черно-белые фотографии, и окрашенными в самые различные цвета — в один или во многие. Эти цвета

могут быть обычными, в частности, присущими в жизни данному предмету, но нередко они меняют свой тон, становясь то более блеклыми, то неестественно яркими. В зависимости от субъективной оценки больным размеров галлюцинаций зрения,выделяют нормоптические галлюцинации — галлюцинаторный образ соответствует в своих размерах предмету в его обыденном представлении; микроптические (лилипутские), т.е. галлюцинации уменьшенных размеров; макроптические (гигантские), т.е. галлюцинации увеличенных размеров. Зритель^ные галлюцинации могут быть неподвижными и неменяющимися (стабильные галлюцинации) или, напротив, изменчивыми по содержанию и подвижными. Одной из форм подвижных галлюцинаций, преимущественно в виде быстро перемещающихся мелких животных и насекомых, являются т.н. "снующие" галлюцинации. Зрительные галлюцинации могут находиться от больного на одном и том же расстоянии, могут удаляться или приближаться к нему. В ряде случаев множественные зрительные образы, обычно люди, надвигаются на больного, приближаясь к нему — теснящие галлюцинации. Зрительные галлюцинации в форме подвижных, последовательно сменяющихся картин, изображающих то или иное событие, называют сценоподобными или кинематографическим и. В тех случаях, когда зрительные галлюцинации изображают пейзажи, говорят о панорамических галлюцинациях. В ряде случаев больные видят не целый зрительный образ, а только его часть (лицо, ухо, глаз, руки и т.п.), но воспринимают эти фрагменты как части, принадлежащие реально существующему лицу. Не во всех случаях зрительные галлюцинации проецируются в привычно воспринимаемое пространство — впереди или чуть сбоку от зрительной оси. Зрительные образы могут возникнуть вне поля зрения (сбоку, сзади) — экстракампиинные галлюцинации. Пригемианопсиизрительные галлюцинации (гемианоптические) возникают в отсутствующей у больного части поля зрения. Зрительные галлюцинации в виде собственного образа (двойника) называют ауто- или дейтроскопическими. При эндоскопических галлюцинациях больные видят находящиеся внутри организма инородные тела или происходящие в организме физиологические процессы. J.Seglas (1914) описал зрительные вербальные галлюцинации — видение слов, "написанных" на стенах, в пространстве, на облаках. Разновидностью зрительных вербальных галлюцинаций являются буквенные галлюцинации: больной видит в пространстве буквы, обладающие особым значением. При полиопических зрительных галлюцинациях возникают множественные, стереотипного содержания видения.

Зрительные галлюцинации обычно возникают на фоне помраченного сознания. В виде исключения, например, при зрительных галлюцинациях Ch.Bonnet сознание у больных остается ясным (см. Синдромы психических болезней).

Кроме зрительных галлюцинаций выделяют еще и галлюциноиды. К ним относят начальные или остаточные проявления зрительных галлюцинаций в виде фрагментарных образов с экстрапроекцией. Отношение больных к галлюциноидам нейтральное и созерцательное. По мнению Е.А.Попова (1941)*, галлюциноиды представляют собой феномен промежуточный между простым представлением или образом воспоминания и зрительной галлюцинацией. Когда последняя возникает или исчезает быстро, выявить галлюциноиды трудно или просто невозможно. Их обнаруживают при медленном развитии или редукции галлюцинаторных расстройств. М.И.Рыбальский (1983)** выделяет также и слуховые галлюциноиды — неясные, неотчетливые, лишенные определенного содержания и половой принадлежности слуховые обманы, слышимые извне, но без определенной локализации. Приведенные М.И.Рыбальским клинические описания зрительных и слуховых галлюциноидов в части случаев совпадают с фотопсиями и акоазмами.

Тактильные (осязательные) галлюцинации возникают в форме неприятных, а чаще мучительных ощущений наличия одушевленных (насекомые, черви и т.д.) или неодушевленных (стекло, металлическая пыль, песок) объектов на поверхности кожи, внутри нее или под кожей. Тактильные галлюцинации следует дифференцировать с сенестопатиями. При тактильных галлюцинациях всегда существует предметность патологического ощущения — больные способны достаточно точно описать ряд физических признаков того, что вызывает ощущение: это жучки, такой-то величины, с ножками и усиками, такой-то длины и толщины и т.д. Вариантом (разновидностью) тактильных галлюцинаций являются термические и гигрические галлюцинации. При первых испытывают ощущения холода, тепла или жара на поверхности кожи, прикосновения к ней холодных или горячих предметов. При вторых возникает ощущение появления влаги на поверхности тела. В ряде случаев к тактильным галлюцинациям относят гаптические галлюцинации — внезапное ощущение хватания, давления на поверхности тела или прикосновения к нему.

' Попов Е.А. Материалы к клинике и патогенезу галлюцинаций. Харьков, 1941.

** Рыбальский М.И. Иллюзии и галлюцинации. Баку, 1983, с. 74—76.

Висцеральные (энтероцептивные, телесные, интероцептивные) галлюцинации проявляются ощущениями наличия во внутренних органах и полостях тела инородных предметов или живых существ — то неподвижных, то передвигающихся по организму. В ряде случаев такое передвижение происходит в определенной последовательности. Например, висцеральные галлюцинации возникли первоначально в подчревье, далее они переместились в область груди, затем шеи и т.д.

Обонятельные галлюцинации — мнимовосприятия запахов несуществующих веществ. Чаще такие запахи носят неприятный или вызывающий отвращение характер: запах гнили, мочи, горелого; реже — приятного, например, запах цветов.

Вкусовые галлюцинации — появление в ротовой полости непривычных вкусовых ощущений, обычно неприятных (горького, соленого, жгучего) без приема пищи или жидкостей. Часто обонятельные и вкусовые галлюцинации сосуществуют.

Некоторые виды галлюцинаций выделяют в зависимости от условий их возникновения.

Психогенные галлюцинации возникают под влиянием острой психической травмы. Обычно это слуховые или зрительные галлюцинации. Их содержание отражает психотравмирующую ситуацию. Фон настроения определяется напряженной тревогой, страхом, реже подавленностью. Разновидностями психогенных галлюцинаций являются: а) галлюцинации воображения (обычно зрительные или слуховые), возникающие при наличии длительно существующего эмоционального напряжения^ своем содержании они отражают имеющиеся в действительности тягостные переживания. Примером могут служить зрительные или слуховые галлюцинации у лиц с истерическими чертами характера, возникающие спустя несколько лет после тяжело пережитой и продолжающей оставаться актуальной психической травмы, например, смерти супруга; б) галлюцинации индуцированные (коллективные) — преимущественно зрительные и значительно реже слуховые галлюцинации, возникающие под влиянием острой сильной эмоциональной охваченности группы лиц (несколько человек— толпа народа); в) галлюцинации отрицательные (негативные), возникающие под влиянием гипноза. Нарушение зрительного восприятия проявляется при них в том, что больной не видит отдельных предметов, находящихся в поле его зрения, и вместе с тем правильно воспринимает другие здесь же находящиеся предметы. Термин "отрицательные галлюцинации" должен быть принят лишь условно: при нем отсутствует мнимовосприятие. Как считает В.П.Осипов: "Отрицательная галлюцинация есть внушенное невосприятие".*

О наличии галлюцинаций судят не только по тому, что больной сам о них рассказывает, но также по его внешнему виду и поведению. При слуховых галлюцинациях, особенно возникающих остро, больной к чему-то прислушивается, его мимика и пантомима изменчивы и выразительны. При некоторых психозах, например, алкогольных, на словесное обращение врача к больному он может жестом или короткой фразой попросить не мешать ему слушать. О наличии слуховых галлюцинаций может говорить факт сообщения больным окружающим лицам каких-либо необычных фактов, например, о начале войны. Очень часто при слуховых галлюцинациях больные стремятся выяснить источник (место), из которого доносятся "голоса". При галлюцинациях угрожающего содержания больные могут спасаться бегством, совершая импульсивные поступки — выпрыгнуть из окна, спрыгнуть с поезда и т.п. или, напротив, перейти к обороне, например, забаррикадироваться в том помещении, в котором они в данный момент находятся (ситуация осадного положения), оказывая упорное, подчас сопряженное с агрессией сопротивление, направленное против мнимых врагов или самих себя. Некоторые больные, обычно с длительно существующими слуховыми галлюцинациями, затыкают ватой уши, прячутся под одеяло. Однако очень многие больные с длительно существующими слуховыми галлюцинациями ведут себя, особенно на людях, совершенно правильно. В ряде случаев некоторые из таких больных способны годами выполнять профессиональные обязанности, требующие значительного, а то и просто большого умственного и душевного напряжения, приобретать новые специальные знания. Обычно речь идет о больных зрелого возраста, страдающих шизофренией.

При зрительных галлюцинациях, обычно сопровождаемых помрачением сознания, поведение больного всегда дезорганизуется в той или иной степени. Чаще больной становится неусидчивым, внезапно оборачивается, начинает пятиться, от чего-то отмахивается, что-то стряхивает с себя. Значительно реже появляется двигательная неподвижность или же двигательные реакции ограничиваются лишь изменчивой мимикой: страх, изумление, любопытство, сосредоточенность, восхищение, отчаяние и т.д., возникающие то обособленно, то сменяющие одно другое.

Особенно резко меняется поведение больных с интенсивными тактильными галлюцинациями. В острых случаях они ощупывают себя, что-

* Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. Берлин, 1923, с. 231.

то сбрасывают или стряхивают с тела или одежды, пытаются раздавить, снимают одежду. При длительно существующих тактильных галлюцинациях больные постоянно ощупывают участок тела, где, по их мнению, находится инородный предмет или живое существо. В других случаях они скребут, давят, трут это место — вплоть до явных экскориаций, смазывают "пораженные" участки различными лекарственными средствами или изготовленными ими самими снадобьями. В ряде случаев больные начинают дезинфицировать окружающие их предметы: моют и гладят нательное и постельное белье, дезинфицируют различными способами пол и стены комнаты, в которой живут и т.п. Нередко они предпринимают ремонт своего жилого помещения. Очень часто больные, страдающие длительно существующими тактильными галлюцинациями, обращаются к врачам-дерматологам, но не за тем, чтобы те облегчили их страдания, а чтобы те сумели определить, какое существо (какие предметы) вызывают у них мучительные ощущения. При обращении к врачам больные нередко приносят с собой различные мелкие предметы, соскобы со своей кожи, в которых, по их мнению, находится источник страдания. Деятельность по борьбе и выявлению того, что мучает, в ряде случаев приобретает у больных прямо-таки исступленный характер.

• При обонятельных галлюцинациях больные зажимают или затыкают чем-либо нос. Некоторые постоянно держат перед носом какой-либо пахучий предмет, например, мыло, чтобы "отбить" неприятный запах. При вкусовых галлюцинациях часты отказы от пищи.

ПСЕВДОГАЛЛЮЦИНАЦИИ — расстройства восприятия в виде ощущений и образов, непроизвольно возникающих без реального объекта, — но отличаются от истинных галлюцинаций отсутствием у больного чувства объективной реальности этих ощущений и образов. Впервые псевдогаллюцинации под названием "психические галлюцинации" были выделены N.I.Baillarge (1846) из обширной группы истинных или, как он называл их сам — "полных галлюцинаций". Психические галлюцинации в последующем были изучены В.Х.Кандинским (1885, 1890, 1952)*, использовавшим для их определения предложенный I.Hagen'oM (1868) термин "псевдогаллюцинации". Всесторонность, с какой В.Х.Кандинский подошел к исследованию и описанию данного расстройства, полнота приведенных им клинических фактов, в частности, дифференцировка псевдогаллюцинаций от других психопатологических феноменов, явились причиной того, что вскоре псевдогаллюцинации в его понимании получили безоговорочное признание психиатров различных стран мира. Сам же термин "псевдогаллюцинации" с конца XIX в. получил эпонимическое название "псевдогаллюцинации Кандинского". Не будет преувеличением сказать, что и определение псевдогаллюцинаций, данное самим В.Х.Кандинским, является до настоящего времени наиболее всеобъемлющим. Вот что писал он сам по этому поводу: "Псевдогаллюцинации в тесном смысле слова или просто псевдогаллюцинации... являются весьма живые и чувственные до крайности определенные образы (т.е. конкретные чувственные представления), которые, однако, резко отличаются для самого воспринимающего сознания от истинно-галлюцинаторных образов тем, что не имеют присущего последним характера объективной действительности, но, напротив, прямо сознаются как нечто аномальное, новое, нечто весьма отличное от обыкновенных образов воспоминания и фантазии".* Таким образом, псевдогаллюцинации четко разграничиваются больными не только от истинных галлюцинаций, но и от реально существующих предметов и явлений. Больные, страдающие псевдогаллюцинациями, всегда отличают их от истинных галлюцинаций, но, однако, считают псевдогаллюцинации существующими в действительности образами восприятия и относятся к их появлению без критического отношения. Обычно появление псевдогаллюцинаций сопровождается ощущением их сделанности с помощью воздействия извне: "Голоса передают, заставляют вспоминать прошлое, вызывают образы представлений, делают сновидения" и т.д. Если истинные галлюцинации всегда проецируются вовне, то псевдогаллюцинации возникают по преимуществу в сфере представлений. Не случайно для характеристики псевдогаллюцинаций страдающие ими больные постоянно используют такие выражения, как "мысленные разговоры, передача мыслей на расстояние, звучание мыслей, мысленные видения" и т.д.

Разделение псевдогаллюцинаций так же, как и истинных галлюцинаций, производится по органам чувств. Самыми частыми являются слуховые и в меньшей степени — зрительные псевдогаллюцинации.

Слуховые псевдогаллюцинации почти всегда являются словесными (вербальными). Они могут быть беззвучными, тихими, громкими, принадлежать конкретным людям или незнакомым лицам, проявляться отдельными словами, фразами или же представлять собой повествования, в которых одно событие связывается с другим по смыслу. Их содержа-

* Кандинский В.Х. О псевдогаллюцинациях. СПб. Изд. Е.К.Кандинской, 1890. Он же. О псевдогаллюцинациях. Москва, Медгиз, 1952, с.174.

* Кандинский В.Х. О псевдогаллюцинациях. СПб. Изд. Е.К.Кандинской, 1890. с. 164. Он же. О псевдогаллюцинациях. Москва, Медгиз, 1952, с. 44.

4-587

ние во многом, если не полностью соответствует тому, что встречается и при истинных слуховых вербальных галлюцинациях.

Зрительные псевдогаллюцинации могут быть бесцветными, одноцветными, многоцветными, необычных цветов. Они могут быть лишены четкой формы или же, напротив, обладают ею. Зрительные псевдогаллюцинации могут представлять единичное видение, например, лишь часть объекта; они способны возникать в форме множественных образов и целых сцен, сменяющих одна другую в определенной последовательности. Содержание зрительных псевдогаллюцинаций бывает самым разнообразным. Чаще зрительные псевдогаллюцинации возникают при непомраченном сознании. Если же они сочетаются с помрачением сознания, то это обычно, если не как правило, онейроид.

В зависимости от интра- или экстрапроекции, а также от существования феномена сделанности, слуховые и зрительные псевдогаллюцинации можно разделить на три группы:

1) псевдогаллюцинации, локализующиеся внутри головы (интрапроекция) и сопровождаемые чувством сделанности (насильственности);

2) псевдогаллюцинации, локализующиеся внутри головы, но не сопровождаемые чувством сделанности;

3) псевдогаллюцинации, локализующиеся в пространстве, т.е. обладающие экстрапроекцией и сопровождаемые чувством сделанности. Первая и третья группы являются наиболее частыми.

Особой разновидностью зрительных и слуховых псевдогаллюцинация являются гипнагогические галлюцинации. Они возникают при засыпании, в состоянии промежуточном между сном и бодрствованием. Гипнагогические галлюцинации могут быть единичными и простыми по содержанию, но нередко (особенно зрительные) принимают сценоподобный характер с последовательной сменой различных картин — как если бы больному показывали киноленту. Как правило, больные не отождествляют возникающие у них видения и голоса с реальными явлениями. Это и дает право относить их (еще со времени исследования В.Х.Кандинского) к псевдогаллюцинаторным расстройствам.

Псевдогаллюцинации **осязательные** (тактильные), **висцеральные, обонятельные и вкусовые** сопровождаются чувством, что их вызывают насильственным путем — их "делают". Разновидностью тактильных псевдогаллюцинаций являются сенестетические псевдогаллюцинации. Они проявляются в форме трудно описываемых тягостных ощущений в различных областях тела, возникающих, по мнению больного, в результате физического воздействия извне.

Псевдогаллюцинации **кинестетические** (моторные, проприоцептивные) сопровождаются чувством насильственно производимых действий или насильственной речи — мысленной и произносимой вслух — речедвигательные галлюцинации, а правильнее — речедвигательные псевдогаллюцинации. При них в наиболее легких случаях больной принужден помимо воли производить языком артикуляционные движения; при выраженных речедвигательных псевдогаллюцинациях возникает насильственное говорение вслух.

Для наглядной иллюстрации различных видов псевдогаллюцинаций, в частности, отличия некоторых из них от истинных галлюцинаций ниже приводится выдержка из истории болезни больного, наблюдавшегося В.Х.Кандинским.

"Д.Перевалов, 37 лет... стал жертвой "упражнений токистов". "Токисты" суть не что иное, как корпус тайных агентов, уподобляемый нашему пресловутому 3-му отделению собственной е.и.в. канцелярии для выведывания намерений и мыслей лиц, опасных правительству, и для тайного наказания этих лиц... Перевалов постоянно находится под влиянием тридцати токистов, стоящих на разных ступенях служебной иерархии и разделяющихся на несколько поочередно работающих смен. Подвергши еще в 1876 г. голову Перевалова действию гальванического тока, они привели Перевалова в "токистическую связь" (нечто вроде магнетического rapporta) с собой, и в такой же связи они состоят и между собой во время работы над ним. В силу такой связи все мысли и чувства Перевалова передаются из его головы в головы токистов; эти же последние, действуя по определенной системе, могут по своему произволу вызывать в голове Перевалова те или другие мысли, чувства, чувственные представления, а также разного рода ощущения в сфере осязания и общего чувства. Кроме того, эти невидимые преследователи, будучи скрыты поблизости от Перевалова, досаждают последнему, между прочим и "прямым говорением", причем произносимые ими (более или менее громко) слова и фразы прямо, т.е. обыкновенным путем, через воздух, переносятся к Перевалову и воспринимаются им через посредство внешнего органа слуха. В частности, способы действия токистов на Перевалова весьма разнообразны: сам больной различает восемь таких способов:

а) "прямое говоренье" ругательных фраз, насмешливых замечаний, нецензурностей и пр. (галлюцинации слуха);

б) "искусственное вызывание разного рода ощущений" в его коже, както: ощущение зуда, царапанья, щекотания, жжения, уколов и пр. (галлюцинации осязания). Больной полагает, что как при этом, так и при всех последующих способах токист, состоящий в данную минуту в таинственной связи с ним, должен в самом себе вызвать посредством тех или других приемов известное ощущение (respective — представление, чувствование и т.д.) с тем, чтобы передать последние ему, Перевалову; для этого токист царапает себя булавкой, жжет себе руки и лицо горящей спичкой или огнем папиросы и т.п.;

в) "искусственное вызывание" у него токистами разного рода чувствований равно как и общих ощущений, как-то: чувства недомогания, неохоты работать, сладострастия, злобы, "беспричинных испугов" и пр.;

г) "искусственное вызывание" у него неприятных вкусовых и обонятельных ощущений. Например, взяв в свой рот вещество противного вкуса, действующий в данную минуту токист заставляет Перевалова испытывать ощущение этого вкуса; нюхая из склянки, наполненной загнившей мочой или поднося к своему носу захваченный на палец кал, токисты заставляют Перевалова страдать от зловония и пр. (галлюцинации вкуса и обоняния);

д) токисты, как говорит Перевалов, фабрикуют для него мысли, т.е. они искусственно (приемами, понятными из вышесказанного) вводят в его голову различного рода представления, по преимуществу навязчивого, мучительного свойства (насильственное мышление);

е) токисты заставляют самого Перевалова "мысленно говорить", даже в то время, когда он употребляет все усилия, чтобы удержаться от такого "внутреннего говорения"; при этом токисты усиленно иннервируют свой язык, произнося мысленно определенного содержания фразу (всего чаще тенденциозную) и "переводят" эту двигательную иннервацию на Перевалова; тогда последний не только сознает, что ему искусственно "навязана" мысль в резко определенной словесной форме, но и должен пускать в ход сознательные усилия, чтобы подавить в себе насильственную двигательную иннервацию органа речи и не сказать вслух того, что его "заставляют выговорить токисты";

ж) далее токисты, как выражается больной, насильственно приводят у него в действие воображение, причем заставляют его видеть не внешним органом зрения, а "умственно", различного рода образы, почти всегда весьма живые и ярко окрашенные. Эти образы одинаково видны как при закрытых, так и при открытых глазах. Сам больной отлично знает, что это ни что иное, как яркие продукты непроизвольной деятельности его воображения; но так как эти образы (их-то я и называю собственно псевдогаллюцинациями зрения) большей частью отвратительны и мучительны для Перевалова, так как они появляются и держатся перед его душевными очами не только независимо от его воли, но даже наперекор ей, так что при всех своих усилиях он не в состоянии от них отделаться, то больной убежден, что это явление искусственное. Он объясняет себе дело так: для пущего его мучения токисты нарочно раздражают искусственными средствами свое воображение и вызывают в себе определенные, весьма яркие зрительные образы с тем, чтобы перевести их на него. Наконец, кроме "прямого говорения", токисты устраивают Перевалову "говорение посредством тока"; при этом больной должен внутренне (а не ушами, как при "прямом говорении") слышать то, что хотят его заставить слышать токисты, хотя бы в данную минуту о соответственных вещах ему совсем нежелательно было думать; весьма часто при этом Перевалов слышит внутренне повторение слов, раньше действительно слышанных им от врачей, или слов, когда-то давно произнесенных в его присутствии кем-либо из лиц, его окружавших (это внутреннее слышание есть собственно псевдогаллюцинирование слухом)... Врачи, больничная прислуга, окружающие больные не причисляются Переваловым к преследователям; но власть врачей недостаточна для того, чтобы помешать токистическим упражнениям. Последние в настоящее время-ведутся постоянно, не прерываясь даже и по ночам: Ночью, если Перевалов спит неполным сном, то токисты продолжают действовать всеми выше перечисленными приемами, употребляемыми ими днем, между прочим, даже "прямым говорением", ибо в стоянии неполного сна Перевалов, по его объяснениям, может слышать ушами все раздающиеся около него звуки, а потому слышит и фразы, прямо произнесенные токистами. Если же Перевалов заснет очень крепко, то токисты действуют всеми прежними способами, за исключением "прямого говорения", в особенности же любят ему "делать сладострастные сны", "устраивать поллюции" и т.п. Различные приемы токистического оперирования идут вперемежку один с другим".*

В приведенном отрывке из истории болезни даны примеры всех существующих псевдогаллюцинаций, а также описаны многие расстройства, входящие в структуру синдрома психического автоматизма (см. Синдромы психических болезней). Следует подчеркнуть впечатляющую наглядность клинического описания В.Х.Кандинского. Оно как бы само врезается в сознание и память врача.

Функциональные и рефлекторные галлюцинации

Обе эти формы нарушения чувственного познания отличаются той особенностью, что для их возникновения необходимы реальные раздражители.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ — вербальные и значительно реже зрительные галлюцинации — обманы восприятия, возникающие на фоне реального индифферентного, стереотипного и монотонного раздражителя (капающая вода, тиканье часов, стук колес вагона, шум ветра и т.п.), сосуществующие с ним не сливаясь и исчезающие одновременно с прекращением его действия. При функциональных галлюцинациях раздражитель действует на тот анализатор, в области которого возникает галлюцинация. Наряду с функциональными галлюцинациями изредка встречаются функциональные псевдогаллюцинации, описанные впервые В.И.Рудневым.** В этом случае, например, больной, страдающий паранойяльным бредом, слушая голос лектора, помимо воли начинает вести "мысленные" разговоры со своими преследователями и не может их прекратить до тех пор, пока лектор не замолчит.

* Кандинский В.Х. О псевдогаллюцинациях. Медгиз, М., 1952, с. 45—47.
** Руднев В.И. О галлюцинациях и псевдогаллюцинациях. Неврологический вестник. Т. XVIII, 1911, с. 356.

РЕФЛЕКТОРНЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ (K.Kahlbaum)* — возникновение мнимовосприятия в одном анализаторе при наличии раздражения в другом анализаторе: больной начинает слышать "голос" при виде определенного лица или в определенной ситуации: "Я разговаривал с больным в то время, когда мимо нас пронесли помои. Вдруг он закричал: "Я вам это запрещаю!" На мой вопрос, что он хочет сказать, он ответил: "Вы меня сейчас назвали отравителем пищи". Здесь первичным явлением было впечатление от собранных остатков пищи, но оно тот час же перебросилось с перцептивного центра зрительного чувства на центр слухового нерва и вызвало в нем сходную по содержанию галлюцинацию".**

В отличие от иллюзий, при которых реальный предмет и ошибочное его восприятие сливаются воедино, при функциональных и рефлекторных галлюцинациях происходит двойственное восприятие: реальное и мнимое сосуществуют.

Сверхценные идеи

Сверхценные идеи (доминирующие, превалирующие, фиксированные идеи) — мысли или группа мыслей, возникающие под влиянием действительных обстоятельств, но, благодаря сильной аффективной окраске, получающие в сознании на длительное время не соответствующее их реальному значению преобладающее положение. Термин предложен C.Wernicke (1892).

Содержание сверхценных идей разнообразно. Наиболее часто встречаются сверхценные идеи изобретательства, сутяжничества (кверулянтства), реформаторства, супружеской неверности, ипохондрические сверхценные идеи, сверхценные идеи, связанные с семейными и материальными потерями, с совершением неблаговидных поступков и т.д. В одних случаях сверхценные идеи возникают и получают свое доминирующее положение в сроки, исчисляемые днями или неделями, в других — развиваются исподволь, на протяжении месяцев и лет. Раз возникнув, сверхценные идеи способны дополняться новыми фактами и расширяться в своем содержании, подвергаться систематизации как за счет собственных домыслов, так и за счет привходящих обстоятельств. То, что противоречит сверхценным идеям, либо игнорируется индивидуумом, либо получает значение прямых или косвенных доказательств его правоты. Сверхценные идеи подчиняют себе в различной степени и духовную жизнь и деятельность человека. Длительно существующие систематизированные сверхценные идеи способны повлечь за собой появление совершенно новых ценностных ориентации и установок личности — сверхценное мировоззрение. Сверхценные идеи обычно сопровождаются стойкими изменениями настроения. Содержание сверхценных идей часто коррелирует с его особенностями. Для гипоманиакальных состояний типичны идеи сутяжничества, реформаторства, изобретательства — экспансивные сверхценные идеи; для субдепрессий — ипохондрия, а также идеи морального несовершенства или моральных потерь (например, смерть супруга) — депрессивные сверхценные идеи. Систематизированным экспансивным сверхценным идеям в ряде случаев сопутствуют противоправные деяния; депрессивным, например, связанным с семейными потерями, ипохондрией — создание культа памяти умершего или разработка методов самолечения с помощью трав, диеты, образа жизни и т.д., в некоторых случаях — самоубийство.

Сверхценные идеи при усложнении сменяются бредом; в случаях редукции — состояниями, близкими к навязчивым явлениям. Последние особенно характерны для редуцирующихся ипохондрических сверхценных идей. Поэтому дифференциальный диагноз сверхценных идей должен проводиться в первую очередь с этими двумя психопатологическими симптомами.

В тех случаях, когда речь идет о выраженных сверхценных идеях, их дифференциальный диагноз с навязчивостями несложен. При сверхценных идеях "я" больного всегда защищает их; при навязчивых явлениях "я" больного всегда противоборствует расстройству. Дифференциальный диагноз этих двух групп расстройств становится трудным и даже невозможным в тех случаях, когда сверхценные идеи редуцируются и лишаются своей аффективной насыщенности. В этих случаях "я" больного может начать противостоять существующему расстройству, и оно сближается с навязчивостью. Дифференциальный диагноз сверхценных идей и бреда (см. Бред).

Сверхценные идеи встречаются чаще всего в рамках реакций и патологического развития личности у лиц с психопатическими чертами характера или психопатическим личностным складом. В ряде случаев сверхценные идеи возникают при мягко развивающихся эндогенных заболеваниях или на фоне ремиссий с остаточными психопатоподобными расстройствами.

* Kahlbaum K. Die Hallucination. Allgemeine Zcitschift fur Psychiatrie. Bd. XXIII, 1866, s.l.

** Шюле Г. Руководство по душевным болезням. Пер. с нем. Харьков, 1880, с. 115.

Развернутые и стойкие сверхценные идеи, в частности, сверхценное мировоззрение, возникают, в первую очередь, у лиц зрелого и более позднего возраста. Существует точка зрения, что сверхценные расстройства возникают уже в детском возрасте (В.В.Ковалев, 1979).

Бред

Бред— совокупность идей, суждений и выводимых из них умозаключений, не соответствующих действительности, полностью овладевающих сознанием больного и не корригируемых при разубеждении и разъяснении.

Основными признаками бреда являются:

1) субъективная убежденность больного в правильности своих умозаключений;

2) невозможность коррекции бреда с помощью опыта и вытекающих из него выводов;

3) несоответствие субъективных убеждений объективной реальности (K.Iaspers, 1913).

Сам K.Iaspers считал, что выделенные им критерии бреда являются неточными, а потому непригодными для верного определения сущности расстройства. По его мнению, перечисленные критерии отражают собой лишь поверхностный аспект явления, который можно понять только с помощью метода, выходящего за границы простого описания. Таким методом являлась для K.Iaspers'a основанная на философии существования (экзистенциализме) "феноменологическая интуиция". С ее помощью исследователь способен "вжиться в мир больного" и, опираясь на основные критерии бреда, прийти к выводу, что исследуемое расстройство (переживание) выступает как чуждое и непонятное, исключающее возможность соучастия в нем. В последнем случае, по мнению K.Iaspers'a, налицо стержневое (основное) расстройство — "первичный феномен", характеризующий подлинный бред. Стремление охватить бред в его стержневой части — невозможности "вживания" — повлекли за рубежом многочисленные исследования. Одни из них опирались в рассмотрении этого феномена на психоанализ, понимающую психологию, антропологию и т.д.; другие (H.Gruhle, 1929, K.Schneider, 1962) — на клинико-психопатологический метод. В отечественной психиатрии феноменологический метод K.Iaspers'a, примененный им для разработки проблемы психопатологии и, в частности бреда, неоднократно подвергался критической оценке. "Идеалистические позиции Ясперса в основном гносеологическом вопросе предрешили познавательную бесплодность его концепций в проблеме бредообразования".* Теоретические положения K.Iaspers'a объясняющие возможность понимания генеза "первичного феномена", свойственного истинному бреду, не были приняты отечественными психиатрами. Однако описание выделенных K.Iaspers'oM вариантов истинного, или, как его еще называют, первичного бреда является для ряда отечественных психиатров несомненной клинической реальностью.**

В практической психиатрии термины "бред" и "бредовые идеи" употребляются обычно в качестве синонимов. Лишь в тех случаях, когда бредовые высказывания немногочисленны, выступают в изолированном виде, не формируясь в комплекс, предпочитают говорить об "отдельных бредовых идеях". Бред наряду с галлюцинациями считается несомненным признаком выраженной степени психической болезни — психоза. Эта точка зрения нашла, в частности, свое отражение в той излишней фразе, которую психиатры очень часто используют при описании психического статуса больного: "бредовых идей не высказывает, галлюцинации отрицает".*** Бред может занимать доминирующее положение в клинической картине; в других случаях он представляет лишь компонент психопатологических состояний, сочетающих в себе самые различные психические расстройства — позитивные и негативные. Существуют различные классификации бреда. Первоначально, на протяжении второй половины XIX века, бред классифицировался исключительно по содержанию. Первой формой такого бреда явился бред преследования, выделенный Ch.Lasegue'oM (1852). В последующем были выделены еще две другие основные формы бреда — бред величия и депрессивный бред, или бред уничижения. Одновременно шло выделение многочисленных разновидностей этих трех основных форм, в основе которых лежало содержание бредовых идей. Классификация бреда по содержанию не отражала в достаточной мере ни психопатологических, ни клинических, ни патогенетических его особенностей. Кроме того, содержание бреда в гораздо большей степени, чем содержание всех других психопатологических симптомов, меняется в зависимости от самых различных факто-

* Кербиков О.В. Острая шизофрения. Медгиз, М., 1949, с. 38.

** Снежневский А.В. Клиническая психопатология. Руководство по психиатрии. Т. I. М., Медицина, 1983, с. 30—31.

*** Эта фраза является лишней по той простой причине, что при описании психических болезней следует констатировать то, что есть, а не то, чего нет (см. «Клиническое исследование психически больных»).

ров, таких как эпоха, социальная среда, уровень культурного развития и т.д. "В бредовых идеях прежде всего выступает душевная связь больного с окружающим" (E.Kraepelin, 1912). По этим причинам могут исчезнуть совсем или сделаться крайне редкими бредовые идеи одного содержания и, напротив, появиться бредовые идеи с новым или видоизмененным против прежнего содержанием. Так, распространенные в прошлом веке религиозно-магические представления о способах нанесения вреда — идеи колдовства, порчи, одержимости и т.д., к настоящему времени встречаются очень редко, в связи с чем их обозначают как архаические формы бреда. Частый в XIX веке депрессивный бред "совести " — самообвинения и особенно греховности, почти вытеснен к середине XX века бредом обнищания и бредом болезни. Совсем не случайно W.Mayer-Gross (1932) считал, что при определении бреда помимо трех критериев, сформулированных K.Iaspers'oM, всегда необходимо учитывать среду воспитания и возраст пациента. Вместе с тем психиатры и по сегодняшний день постоянно используют в своей повседневной деятельности обозначения форм бреда, выделяемых по его содержанию. Пожалуй, главное здесь — практическая целесообразность. Содержание бреда помогает предварительной быстрой ориентировке врача в оценке медицинских особенностей и возможных социальных последствий того или иного бредового состояния. Так, диагностика бреда супружеской неверности, бреда преследования, бреда отравления, ипохондрического бреда, особенно сопровождаемых симптомом преследуемого-преследователя, сразу же заставляет врача подумать о возможности агрессивных действий со стороны больного; диагностика бреда самообвинения, самоунижения, обвинения, отрицания и громадности — о возможности совершения больным суицидальной попытки и т.д. Содержание бредовых идей помогает в ряде случаев предварительному определению структуры и особенностей развития бреда. Содержание бредовых идей в ряде случаев тесно связано с возрастом, в котором началась болезнь. Если у больного существует бред чужих родителей или дисморфофобический бред (бред физического недостатка, дисморфомания), с достаточной уверенностью можно сказать, что речь идет о раннем начале болезни. Появление бреда ущерба, распространяющегося на лиц ближайшего окружения (бред малого размаха; бред "лестничной площадки") характерно для развития бреда в позднем возрасте.

С начала текущего столетия, наряду с подразделением бреда по его содержанию, возникает тенденция выделения отдельных форм бреда, основанная на предполагаемых психологических механизмах его развития. Немецкие психиатры вслед за K.Iaspers'ом выделяют две основные формы бреда — бред первичный и бред вторичный. Основу первичного бреда, по K.Iaspers'у составляют:

1) бредовое восприятие — переосмысление значения воспринимаемого; оно преобретает новый смысл и представляется непонятным, загадочным, внушающим чувство тревоги и страха; его всегда сопровождает сознание особого значения воспринимаемого;

2) бредовое представление — внезапное появление необычной мысли, своего рода наитие, озарение, придающее жизненным воспоминаниям новое значение, которое влечет за собой переосознание смысла прежней жизни;

3) бредовое осознание — интуитивное убеждение в постижении смысла и истинности фактов, которым нет обоснования. К первичному бреду относят также (K.Iaspers, 1923; H.Gruhle, 1929) бредовое настроение — жуткое, беспредметное предчувствие надвигающейся катастрофы, сопровождаемое тревогой, тоской или страхом и ощущением своей измененности. Так как здесь содержание "ощутимо лишь в рудиментарной форме" (K.Iaspers, 1923), то некоторые авторы (K.Schneuder, 1962) относят бредовое настроение не к собственно первичному бреду, а к его "подготовительному полю". Вторичный бред, отвечая критериям бреда, выделенным K.Iaspers'oM, отличается от первичного "понятностью" своего возникновения — "производностью" от других психопатологических феноменов—галлюцинаций, аффекта, психического автоматизма и т.д.

Отечественные психиатры, так же как и немецкие, выделяют две основные формы бреда — бред первичный и бред вторичный. Основу первого составляет нарушение абстрактного познания — "расстраивается отражение каузальных, причинных связей"*; основу второго — нарушение чувственного познания, возникающего в результате "галлюцинаций, расстройства аффекта, помрачения сознания".**

Основываясь на психологических механизмах бредообразования, французские психиатры выделяют четыре основные формы бреда:

1) бред, возникающий при наличии галлюцинаций, — галлюцинаторный бред;

2) бред, развивающийся внезапно и спонтанно, сразу же принимающий форму непоколебимой убежденности в действительности того или иного события, — бред интуиции;

3) бред, основу которого составляют ложные интерпретации действительных событий, — интерпретативный бред;

* Снежневский А.В. Общая психопатология. Валдай, 1970, *с.* 44.
** Там же, с. 45.

4) бред, развивающийся на основе фабулирования (конфабуляций, согласно терминологии отечественных и немецких психиатров), — бред воображения.

Кроме галлюцинаторного бреда, в качестве его разновидностей, французские психиатры выделяют бредовые состояния, возникающие одновременно с развитием других психопатологических расстройств — помрачением сознания, измененным аффектом и т.д., а также бред, в генезе которого ведущее значение имеет психогенный фактор.

Если отвлечься от теоретических предпосылок, являющихся основой выделения отдельных форм бреда, и, частично, от используемой представителями каждой национальной школы терминологии, то нетрудно заметить, что очень часто немецкие, отечественные и французские психиатры выделяют очень сходные картины бредовых состояний. Это означает, что методологические принципы, исторические традиции на деле часто уступают место реальным фактам. Особенно это относится к немецким и отечественным психиатрам, в меньшей степени — к представителям французской психиатрии. Приведенные ниже формы бреда, выделяемые по особенностям психопатологической структуры и механизму развития, включают не только традиционно описываемые в отечественной психиатрии за последние десятилетия, но и некоторые формы, выделенные французскими психиатрами.

ПЕРВИЧНЫЙ БРЕД (примордиальный бред (делирий) — W.Griesinger, 1868; бред интерпретации — P.Serieux и J.Capgras, 1909; первичный (истинный) бред — K.Iaspers, 1913; H.Gruhle, 1929). Основу первичного бреда составляют ложные интерпретации (толкования). Своей отправной точкой они имеют или реальные факты внешнего мира (экзогенные интерпретации), или внутренние ощущения и переживания (эндогенные интерпретации). При первичном бреде всегда существует способность к неправильным умозаключениям (кривая логика). Ложные интерпретации и "кривая логика" в извращенной форме соотносят явления внешнего мира и субъективные переживания с "я" больного.

При первичном бреде самым неожиданным образом истолковывается (интерпретируется) поведение окружающих людей, их жесты, высказывания, интонации голоса, или, напротив, их молчание. То же происходит и по отношению окружающих больного неодушевленных предметов: их цвета, формы, расположения и т.д., прочитанного, увиденного или услышанного в телевизионной передаче или по радио — всего того, с чем больному приходится сталкиваться в повседневной жизни.

Нередко ложно интерпретируется лишь одна какая-нибудь группа фактов. Так, существуют больные, которые в первую очередь обращают внимание на все написанное или напечатанное. Стремление проникнуть в скрытый смысл текстов отражается на действиях больных. Со сверлящим остервенением они начинают терзать подозрительные тексты — расчленяют фразы, отдельные слова, переставляют в словах слоги, конструируют анаграммы (перестановка букв в слове для образования новых слов; прочтение слова с конца), добиваются игры слов — и все это с целью выявить их особый, скрытый смысл. Подобная "бредовая работа" может распространиться на любой предмет, любое явление; в каждом из них больные способны видеть что-либо, не только что-то, имеющее к ним отношение, двойной смысл, но прежде всего нечто клеветническое и порочащее их репутацию. Со временем больные начинают требовать от окружающих разделять с ними их патологические убеждения. С этой целью они приводят "колющие глаза" доказательства, не принять которые, по их мнению, преступление, на которое способен лишь тот, кто настроен против больного и сам невольно или с умыслом является соучастником враждебных замыслов. Постепенно увеличивающийся клубок интерпретаций создается обычно на основе одной или нескольких бредовых идей (преследование, супружеская неверность, отравление и т.д.). Преследуемый видит угрозы своей жизни или своему благополучию в жестах и поведении окружающих; ревнивец подвергает анализу оттенки мимики брачного партнера, замечает и оценивает особенности употребляемой им косметики, туалета, форму прически и т.п. Очень часто интерпретации захватывают не только события настоящего времени, но и принимают ретроспективный характер, вовлекая в бред как отдельные эпизоды прошлого, так и всю предшествующую жизнь больного. Ни при одной форме бреда не происходит такой интенсивной, порою исступленной "бредовой работы", как при первичном бреде. Бредовые интерпретации могут реализоваться в форме бредового восприятия, бредового представления, бредового осознания (см. выше). Во многих случаях, особенно если первичный бред является параноидным по своему содержанию (см. ниже), больной длительное время и очень искусно способен скрывать его и не обмолвиться о своих патологических переживаниях ни единым словом. Диссимуляция бреда, т.е. утаивание симптома болезни с целью ввести окружающих в заблуждение относительно своего психического здоровья, может длиться здесь годы. Это форма защиты. Ведь подозрительность преследуемого заставляет его думать, что причина несчастий находится не в нем самом, а в

мыслях, намерениях и поступках других. Отсюда его настороженность и выжидательная позиция человека, который вынужден защищаться и которому большая часть событий представляется результатом и знаком враждебности окружающих. Скрывая свои переживания, бредовый больной почти никогда не в силах полностью скрыть своего опосредованного бредом поведения. Это, в частности, проявляется в его связях с внешним миром, в межличностных отношениях, в поступках (см. ниже). Интерпретации и "кривая логика" — основной механизм бредообразования при первичном бреде. Основной, но не единственный. Во многих случаях, особенно в тех, в которых бред носит характер притязания — эротический, религиозный бред, бред величия, изобретательства, реформаторства и т.д., *а* также в случаях, где первичный, интерпретативный бред возникает в структуре приступов, в меньшей степени при хроническом развитии бреда, можно с постоянством наблюдать сочетание "кривой логики" — рационального компонента с компонентом образным, в частности, с выдумкой и "ложью", к которым прибегает больной для обоснования своих бредовых построений, т.е. отмечаются черты, постоянно присутствующие при бреде "воображения" (см. ниже). "Надо сказать, что больные с паранойяльным бредом (т.е. с бредом, основу которого составляет первичный бред) — отличаются склонностью к фантазированию, мечтательности, незрелостью мышления".* Эти-то черты и придают развивающемуся первичному бреду столь нередкую при нем образность.

Во многих случаях первичный бред представляет собой хроническое расстройство. В этом случае его развитие происходит исподволь, малозаметно, носит "ползучий" характер. Дополнительные вредности, например, психическая травма, могут создать впечатление, что такой бред появляется достаточно остро и развивается в сжатые сроки. Как правило, речь идет об экзацербации подспудно существовавшего расстройства. Раз начавшись, хронический первичный бред способен затем сохраняться на протяжении всей жизни больного. Условно в развитии такого первичного бреда выделяют следующие периоды: 1) инкубации; 2) кристаллизации (систематизации); 3) стереотипизации; 4) терминальный период (J.P.Falret, 1864).

В *период инкубации* возникают догадки, предположения, самые разнообразные сопоставления; патологически истолковываются происходящие в данный момент события, человеческие взаимоотношения, собственные ощущения и чувства. Возникают самые различные, разрозненные, зачастую непонятные и неясные, порою противоречивые умозаключения. У многих больных постоянно существует недоверие и настороженность ко всему, что окружает. Фон настроения определяется здесь напряженностью, тягостными предчувствиями, глухой тревогой, угнетенностью. Состояние подобных больных французские психиатры сравнивают с тем состоянием, которое существует у лиц, находящихся под следствием. Существует категория больных, ищущая в этот период своего избавления от мнимых бед или даже спасения жизни в миграции — "пассивные преследуемые — преследователи". Правда, скоро обнаруживается, что и на новрм месте они попадают в "сети наблюдения и вражды". Окружающее по-прежнему остается для них полным замаскированными врагами и шпионами. В период инкубации бреда у больного еще нет постоянной непоколебимой уверенности в правильности своих болезненных предположений. В отдельные моменты он подвергает их преходящим сомнениям. Может возникать чувство, что в чем-то им допущена ошибка. Но это лишь вначале. Позже сомнения отметаются. В периоде инкубации время от времени появляется мучительное предчувствие грозящей катастрофы. Окружающее кажется исполненным новым и непонятным смыслом. Все таит угрозу. Это бредовое настроение. Возникая в форме эпизодов, бредовое настроение может явиться важным симптомом перехода начального периода, инкубации, в следующий период развития первичного бреда — в период его кристаллизации. В начальный *период кристаллизации* бреда нередко испытывают остро возникающее чувство "озарения", "прозрения", "откровения". Исчезает гнетущее состояние неясности и неопределенности: "Все становится понятным". Начинается объединение в одно целое прежних разрозненных фактов, становящихся отныне непреложной истиной. Создающаяся бредовая система расширяется за счет интерпретации самых различных фактов настоящего и прошлого. Создается разработанная и в целом, и в деталях бредовая концепция. Одновременно явно меняется и поведение больных. Оно теперь во многом может определяться особенностями бреда. Если раньше избегали открытых столкновений с мнимыми недоброжелателями, предпочитая выжидать, то теперь переходят к действиям против них — симптом "активного преследуемого — преследователя". Все может ограничиться лишь сутяжничеством или просто психопатическим поведением. Изредка, особенно в случаях употребления больными алкоголя, в частности, в состояниях опьянения, пытаются физически уничтожить своих противников. Бредовое поведение больных с первичным бредом, особенно

* Снежневский А.В. Общая психопатология. Валдай, 1970, с. 45.

параноидного содержания, определяется некоторыми французскими психиатрами следующей формулой: "Он избегает, он защищается, он нападает". Чаще бредовое поведение в форме нападения встречается при бреде ревности, преследования и ипохондрическом бреде.

В *период стереотипизации* содержание бреда как бы отливается в одну форму, его усложнение или не происходит, или же отдельные видоизменения касаются второстепенных деталей. Значительно ослабевает аффективная насыщенность бреда. Однако периодически могут возникать обострения, во время которых усиливается бредовая продукция и возникают отчетливые аффективные расстройства.

В *терминальном периоде,* наступающем спустя многие годы и даже десятилетия после начала болезни, происходит постепенный распад бредовой системы. Последняя становится фрагментарной. Однако полного исчезновения бреда обычно не происходит.

Первичный бред может возникать и остро, в случаях развития болезни в форме приступов. Здесь бредовая система образуется в сжатые сроки, но не достигает той детальной разработки, как это наблюдается при хроническом развитии первичного бреда. Постоянны отчетливые аффективные расстройства, в ряде случаев могут появиться элементы образного бреда. Измененный аффект может оставаться после того, как бред подвергся полной редукции.

Первичный бред имеет самое различное содержание. В части случаев он на всем протяжении болезни остается монотематическим, усложняется лишь фабула первоначального содержания. Обычно же происходит не только усложнение фабулы первоначально возникшего бреда определенного содержания, например, преследования, ревности, ущерба и т.д., но и возникают бредовые идеи нового содержания. Так, бредовые идеи ревности усложняются идеями отравления, ущерба, бредом "чужих детей" и т.п. Возникает политематический бред. Усложнение содержания происходит в первую очередь за счет появления или усиления бредовых идей параноидного характера (т.е бреда, в котором доминирует неблагоприятное воздействие на больного извне), объединяемых таким словом, как преследование. Если же бред преследования, как в "чистом" виде, так и в своих разновидностях (отравление, материальный или моральный ущерб, слежка и т.д.), существовал с самого начала, то чаще всего он усложняется за счет бреда величия.

Немецкие и отечественные психиатры отождествляют первичный бред с систематизированным интерпретативным бредом. Французские

психиатры также считают интерпретативный бред основной формой первичного бреда. Вместе с тем в рамках последнего они выделяют в качестве особого варианта атипичную форму первичного бреда — бред притязания. Термин "бред притязания" предложен P.Serieux et I.Capgras (1909)*. **Бред притязания** — бред, содержащий идеи, обусловливающие активную борьбу больного за восстановление якобы попранной справедливости, за осуществление необыкновенных стремлений и желаний, например, признание отвергаемых открытий и изобретений, или изменение существующих общественных институтов (политических, религиозных, экономических и т.д.)**. P.Serieux и J.Capgras отметили два основных признака, свойственных бреду притязания:

1) наличие таких идей, которые полностью овладевают сознанием больного, неотвязны и подчиняют себе его поступки, — т.н. "превалирующие идеи"***,

2) постоянное существование измененного аффекта, обычно в форме гипомании. Оба эти расстройства являются важными составными частями т.н. страстного состояния или состояний страсти — etatspassionells. Последние представляют собой такую же основу для возникновения бреда притязания, какую интерпретация для развития первичного интерпретативного бреда. Можно сказать, что для французских психиатров выявление etats passionells имеет даже большее значение, чем использование термина "бред". Именно "состояние страсти" определяет в первую очередь, по их мнению, и содержание "доминирующих" бредовых идей и особенности поведения таких больных — упорную борьбу за достижение поставленной себе цели.

Правомерность выделения бреда притязания в отдельную форму из группы первичного интерпретативного бреда обусловливается не только механизмами его возникновения и особенностями поведения больных. В противоположность первичному интерпретативному бреду, при котором с течением времени появляются новые, до того времени не свойственные больному черты характера, при бреде притязания личность больного за время болезни качественно существенно не меняется. На-

* P.Serieux et I.Capgras. Le delire d'interpretation. Paris, 1909, p.246.
** Энциклопедический словарь медицинских терминов. Т. I, 1982, с. 161.
*** В данном контексте термин "превалирующие идеи" соотносится не с термином "сверхценные идеи" в понимании этого расстройства большинством отечественных психиатров, а с терминами "сверхценные бредовые идеи" (K.Bimbaum, 1915, 1928) или "сверхценный бред" (А.Б.Смулевич, 1966). "Превалирующие идеи" при бреде притязания занимают как бы промежуточное место между сверхценными идеями и бредом, более тяготея к последнему.

блюдаются лишь количественные изменения изначально существовавших характерологических черт. Используя термин K.Iaspers'a, можно сказать, что при бреде притязания речь идет преимущественно о патологическом развитии личности. Если первичный интерпретативный бред — неизлечимое (само по себе) состояние, то при бреде притязания возникает спонтанное исчезновение психопатологических расстройств. Развитие бреда притязания обычно свидетельствует и о более легком уровне поражения, чем это наблюдается при первичном интерпретативном бреде. В тех случаях, когда бред притязания в дальнейшем сменяется интерпретативным бредом, всегда с уверенностью можно говорить о нарастании темпа прогредиентности патологического процесса и, в частности, о появлении личностных изменений. В своих "крайних" проявлениях обе формы бреда имеют выраженные различия. Однако существует большое число случаев, в которых наблюдается переплетение симптомов, свойственных первичному бреду интерпретации и бреду притязания. Основными формами бреда притязания являются:

1) сутяжный бред (бред кверулянтов);

2) бред реформаторства;

3) бред изобретательства;

4) религиозный бред;

5) часть случаев эротического бреда (бред ревности и эротомания — любовный бред, свойственный преимущественно женщинам);

6) патологические преследователи — разновидность сутяжного бреда, при котором необычно сильно выражено стремление больных нанести нравственное или физическое поражение своим воображаемым противникам. Бред притязания развивается то в относительно сжатые сроки (например, бред сутяжничества, религиозный бред), то постепенно (бред изобретательства, реформаторства). Вне зависимости от темпа развития бреда притязания, при нем с самого начала существует ясное понимание того, чего хотят добиться, непоколебимая уверенность в своей правоте и как следствие последней — отсутствие сомнений и размышлений. Больной находится в состоянии постоянного "душевного напора" (G.de Clerambault).* Возникновение бреда притязания часто связано с конкретными жизненными обстоятельствами различной значимости. Эти обстоятельства затрагивают так или иначе интересы больного, будь то сфера материального благополучия, здоровья,

* G. de Clerambault. Les psychoses passionnelles. Paris, 1942, p. 311

прав и т.д. Первоначально содержание "превалирующей идеи" при бреде притязания с постоянством отражает существующие в реальной жизни коллизии и межличностные отношения. Со стороны они часто воспринимаются окружающими как психологически понятные. Однако очень скоро представления больного о том ущербе, который ему нанесен, приобретают непропорционально большие масштабы. Попытки разубеждения так же, как и при первичном бреде с преобладанием интерпретаций, не только не Достигают цели, но всякий раз лишь усиливают интенсивность "превалирующей идеи". Все, что ей противоречит, больным игнорируется. При бреде притязания существуют необильные бредовые интерпретации. Они касаются только "превалирующей идеи", укрепляют ее, но широкого развития не получают. При первичном бреде с преобладанием интерпретаций последние диффузно захватывают всю психическую жизнь больного. При бреде притязания они занимают ограниченное место Особенность бреда притязания заключается еще и в том, что страдающие им больные очень быстро сами становятся преследователями тех лиц, которые, по их мнению, нанесли урон их чести благосостоянию, здоровью и т.д. Больные с бредом притязания, нападая, всегда стремятся привлечь внимание окружающих к этой стороне своей деятельности. Наименее опасными поступками, которые такие больные совершают, являются для окружающих публичные скандалы и письменные жалобы. Последние часто имеют характерные признаки: в них постоянно встречаются яркие, крепкие и просто непристойные выражения и сравнения; при написании жалоб больные нередко используют прописные буквы, подчеркивают или выделяют с помощью разноцветных чернил наиболее значимые, по их мнению, излагаемые ими факты. Защищая свои права, больные легко прибегают и к насильственным действиям. Представляемая ими в этих случаях опасность увеличивается в связи с тем, что такие больные часто наделены от природы незаурядными способностями — обширной памятью, высоким (хотя и односторонним) интеллектом, ораторскими способностями и т.д., которые мешают окружающим, и в их числе представителям власти и даже врачам-психиатрам, дать правильную оценку психическому состоянию больных. Нередко таких пациентов расценивают в качестве "ярких личностей" и своевременно не применяют к ним медицинские и социальные меры защиты. Больные с бредом притязания легко становятся индукторами и в

узком (семейном) кругу, и среди большого числа лиц, знающих их лишь отдаленно. Способность к индукции у больных с бредом притязания выражена в значительно большей степени, чем у больных с первичным интерпретативным бредом, при котором индукция окружающих также нередкое явление. Способность больных с бредом притязания индуцировать окружающих во многом определяется не только преобладанием "правдоподобных" бредовых идей, но и их сочетанием с измененным аффектом, который способствует необыч- : но мощной "бредовой охваченности больных". Известно, что "страсти — это единственные ораторы, доводы которых всегда убедительны; их искусство рождено как бы самой природой, чьи законы непреложны. Поэтому человек бесхитростный, но увлеченный страстью, может убедить скорее, чем красноречивый, но равнодушный".* Это положение действительно не только в обыденной жизни, но и при различных формах патологии душевной жизни, в первую •: очередь в случаях развития бреда.

Бред притязания развивается хронически, но его проявления имеют) тенденцию то усиливаться, то ослабевать, в связи с чем развитие имеет отчетливо волнообразный характер. В некоторых случаях эта волнообразность может приобретать отчетливо выраженную приступообразность. В процессе развития бреда притязания на протяжении многих лет может сохраняться одна и та же "превалирующая идея". В других случаях происходит ее смена. Так, "доминирующая идея" конкретного, на-; пример, сутяжного, содержания может смениться "доминирующей идеей" абстрактного содержания. В этих случаях начинается борьба за установление истины или справедливости вообще. Ряд больных, прошедших лечение в психиатрических больницах, в последующем все свои усилия концентрирует на борьбе за изменение установленного им диаг-, ноза. Несмотря на то, что бред может существовать десятилетиями,: развития бреда величия не происходит. Наблюдается лишь отчетливая переоценка своего "я".

;

Как уже было сказано, у больных с интерпретативным бредом лишь в редких случаях отсутствует притязание, а у больных с бре-.i дом притязания — интерпретативный компонент. Вместе с тем су-ii ществование этих очерченных типов первичного бреда несомненно. Сказанное можно подтвердить, приведя таблицу, в которой

* Ф. де Ларошфуко. Максимы и моральные размышления. Пер. с франц. М.-Л.,1959,с.4.

Бред интерпретации	Бред притязания
Хроническое бредовое состояние	Хроническое "страстное" состояние
Бредовые интерпретации множественны, различны по содержанию, первичны и доминируют в клинической картине	Интерпретации редки, очень ограничены в числе, вторичны. Они не всегда носят бредовой характер
Бред отличается разнообразным содержанием	Преобладает одна "превалирующая идея" (монотематический, сверхценный бред) конкретного или абстрактного содержания
У больных с бредом преследования соответствующие идеи выражены очень резко	Преобладают (в широком смысле) идеи ущерба без физического преследования
У больных мегаломанов — систематизированные идеи величия	Переоценка своего "я" без явлений мегаломании
Неправдоподобность и даже невероятность бредовых идей	Правдоподобность доминирующей (сверхценной бредовой) идеи
Интеллектуальная активность обычна	Постоянное интеллектуальное возбуждение
Реакции на окружающее обычно адекватны причинам, их вызывающим	Реакции диспропорциональны вызывающей их причине
Дегенеративные стигмы (в частности, психопатические черты) выражены мало	Дегенеративные стигмы (в частности, психопатические черты) многочисленны и выражены
Сохранность нравственных установок	Частота аномалий в нравственных установках: склонность к обману, растратам, насилию, адюльтеру, различным нарушениям общественного порядка, совершению общественно опасных деяний — вплоть до убийства
Прогрессивное расширение бреда на все окружающее	Неизменность содержания "превaяирующей идеи" (сверхценного бреда) с умеренным распространением на окружающее
Неизлечимость	Возможность улучшения

отражены основные признаки, характеризующие эти две формы первичного бреда.*

P.Serieux, I.Capgras. Les foils rausonnantes. Paris, 1909, p. 263.

Помимо бреда интерпретации и бреда притязания, P.Serieux и I.Capgras (1909) выделили еще одну форму первичного бреда, названного ими "бред фабулирования". Данное патологическое состояние было описано еще в XIX в. рядом психиатров, в частности Ch.Neisser,* обозначившего его термином "конфабуляторный бред". E.Dupre (1905), E.Dupre и Logre (1911) предложили обозначить подобные состояния термином "бред воображения". Данное название, по мнению авторов, отражало главный механизм возникновения описанного ими феномена — патологию в сфере воображения. Термин "бред воображения" получил широкое распространение во Франции; в отечественной и немецкой психиатрии описанному E.Dupre и Logre состоянию в некоторой степени соответствовали термины "парафренный" и "конфабуляторный" бред. За последние 15—20 лет термин "бред воображения" начал применяться и отечественными психиатрами.

Бред воображения (бредовая мифомания, конфабуляторный бред) представляет собой возникающее на фоне ясного сознания и сохранного восприятия патологическое состояние, основу которого составляет вымысел фантастического содержания, относящийся по преимуществу к событиям прошлого времени.

В развитии бреда воображения отправным пунктом является фантазирование внутреннего происхождения. Высказывания больных развертываются наподобие сцен повествования, свойственных рассказу. Больные говорят с мгновенной и непосредственной убежденностью, не прибегая к каким-либо логическим построениям. Высказанное является для них истиной, не нуждающейся в доказательствах, оно не обосновывается, а лишь констатируется. Бред сопровождается обстоятельностью мышления, которая особенно заметна в тех случаях, когда врач дает возможность больному свободно говорить, ограничиваясь минимумом вопросов. E.Dupre подчеркнул тот факт, что активный расспрос больного врачом постоянно влечет за собой увеличение числа бредовых высказываний и расширение их содержания. Под влиянием расспроса врача больной способен стать на путь "логических" доказательств своей правоты. В этих случаях нередко возникает ошибочное предположение и о том, что у больного существует первичный интерпретативный бред. Содержание бреда воображения в целом всегда тяготеет к мегаломании и сопровождается отчетливой грезоподобностью. В противоположность первичному интерпретативному бреду, при котором преобладает преследование, при бреде воображения последнее почти всегда имеет неразвернутый и подчиненный мегаломании характер. Наиболее частыми темами бреда воображения, по мнению E.Dupre (1925), являются: "роман любви и приключений", "роман плаща и шпаги" — события, сопоставимые с содержанием романа "Три мушкетера", "полицейский роман" — своего рода бредовой детектив, бред высокого происхождения, бред изобретательства. В работах отечественных психиатров, описавших состояния, соответствующие бреду воображения, встречаются все перечисленные темы за исключением, пожалуй, "романа плаща и шпаги", что, возможно, должно быть объяснено культуральными и временными факторами. Перечисленные темы бреда воображения при хроническом его развитии постепенно усложняются в своем содержании, и эволюция бредовых идей в целом сходна с той, которая существует и при первичном интерпретативном бреде (см. выше). *Хронический бред воображения* нередко сопровождается бредовым поведением, которое в части случаев имеет медико-юридические последствия. К последним относятся:

1) ложное свидетельство — больной обвиняет лиц, вовлеченных в бред, давая обстоятельные вымышленные показания;

2) мошенничество;

3) бродяжничество — в одиночку или совместно с другими лицами, в частности из числа своего ближайшего окружения, например, с детьми;

4) возникновение индуцированного бреда — семейного или более расширенного.* Бред воображения может развиться и в форме приступов различной продолжительности. Особенностями *острого бреда воображения* являются:

1) внезапное начало, нередко как бы с мгновенным формированием бредовой темы;

2) очень часто абсурдное и противоречивое содержание бредовых идей;

3) выраженный аффективный компонент в форме гипомании или маниакального состояния;

4) необычная образность и грезоподобность бредовых высказываний.

В части случаев остро возникающий бред воображения легко может быть принят за хроническое бредовое состояние, и его правильная оценка возможна лишь на основе собранного анамнеза. Длительность острых состояний колеблется в очень широком диапазоне времени.

* P.Serieux, I.Capgras. Les folies raisonnantes/ Le delire d'interpretation. Paris, 1909, p. 161.

* Примером бредового поведения при бреде воображения с бродяжничеством и индукцией могут служить факты, изложенные в рассказе Сюгро Ямамото "Дом с бассейном".

Бред воображения возникает обычно при сочетании двух основных факторов — конституционального, в форме "мифоманической конституции" (E.Dupre), и некоторого снижения или незрелости интеллекта. Среди больных с бредом воображения E.Dupre обнаружил значительное число лиц с чертами дебильности, склонных к чтению определенной литературы — фельетоны, мелодрамы, детективы. Бред воображения встречается также в клинике бредовых психозов позднего возраста. Здесь главным условием возникновения фабулирования является возрастное или обусловленное легким органическим процессом снижение интеллектуальных возможностей. Конституциональный фактор здесь обычно существует, но он менее отчетлив, чем в случаях, когда бред возникает у лиц молодого и среднего возраста. Описаны случаи бреда воображения, возникающего на фоне психотравмирующей ситуации, сопровождаемой напряженной тревогой. Так, в период Второй мировой войны среди немецких солдат, воевавших на Восточном фронте, наблюдались остро развивающиеся бредовые психозы, содержание которых и форма изложения бредовых идей были аналогичны тому, что встречается при бреде воображения. Речь шла о необыкновенных приключениях немецких солдат в тылу советских войск — грандиозные по своим масштабам диверсии, похищения крупных военачальников, приобретение ценных военных документов и т.д. Такие действия, по словам больных, могли повлечь или влекли за собой коренные изменения в ходе войны в пользу Германии, а их исполнители заслуживали самых высоких воинских наград. Немецкие психиатры называли таких больных "рыцарями железного креста". Сходные бредовые состояния наблюдались и у советских солдат.*

Хронический бред воображения требует дифференциального диагноза с первичным интерпретативным бредом (см. выше); острый бред воображения — с онейроидом и бредоподобными фантазиями. При остром бреде воображения в противоположность онейроиду существует ясное сознание, четкое восприятие, сохранность интеллектуальной активности, поведение бодрствующего человека. Отсутствуют сензорные, кататонические и иные, свойственные онейроиду, продуктивные расстройства. Дифференциальный диагноз острого бреда воображения и бредоподобных фантазий часто очень труден. В пользу бредоподобных фантазий свидетельствует развитие патологического состояния вслед за серьезной психогенней, в частности, в связи с предстоящим следствием или процедурой суда. Интенсивность

Изложенные факты приводятся со слов А.В.Снежневского.

и содержание бредоподобных фантазий часто колеблются в зависимости от ситуационных условий, связанных с психотравмирующими факторами. При обратном развитии бредоподобные фантазии часто сменяются симптомами депрессии, содержание которой отражает предшествующую психогенную ситуацию.

Первичный бред в своих трех разновидностях встречается в самые различные возрастные периоды. Возможность появления бреда у детей одними психиатрами утверждается положительно, другими — отрицается. Так, H.Maudsley (1871) писал о том, что фантастические представления, аналогичные бреду, могут наблюдаться у детей уже в возрасте 5—6 лет. Отечественные психиатры поддерживают эту точку зрения. Напротив, французские психиатры считают, что до возраста в 12—13 лет говорить о наличии бреда не следует. Детский мозг еще слишком незрел, чтобы появилась возможность продуцировать бредовые идеи.

У детей дошкольного и раннего школьного возраста изредка встречаются отдельные бредовые интерпретации: "смеются", "толкают", "плюнули в тарелку" и т.д. В пользу того, что здесь речь идет о бреде, говорят два обстоятельства: непоколебимая убежденность в том, что данный факт действительно имел место, и напряженный аффект, в котором сквозит угроза или опасность своему состоянию. Значительно чаще, чем интерпретативные бредовые идеи, у детей встречается патологическое фантазирование, соответствующее во многом тому, что наблюдается при бреде воображения. Только эти фантазии всегда немногочисленны. Определить четко, идет ли здесь речь о бреде или о простом фантазировании — сложно, а порой невозможно. Не только высказывание, но и поведение у таких детей носят патологические черты. Ребенок говорит, что он солдат, индеец, свинья, достает соответствующий реквизит, ведет себя соответствующим образом, требует, чтобы его называли соответствующим именем или обращались с ним соответствующим образом, и вместе с тем правильно называет себя. Решить, идет ли здесь речь о бреде, возможно, позволят данные катамнестических исследований. Имеющиеся к настоящему времени катамнестические исследования однозначного ответа пока не дали.

Начиная с пубертатного возраста, все три формы первичного бреда встречаются у больных. Бред воображения наиболее выражен у лиц молодого и позднего возраста. Бред интерпретации и бред притязания получают свое наивысшее развитие у лиц после 35—40 лет.

Сдвиг в более старшие возрастные периоды особенно характерен для бреда притязания. В частности, у женщин он впервые обычно возникает после 40 лет. К старости обе формы бреда, особенно интерпретативный бред, теряют свою цельность, становятся фрагментарными по структуре. Однако существует немало случаев бреда притязания, остающегося выраженным и интенсивным у лиц в возрасте 70—80 лет. Особенно это наблюдается при бреде кверулянтов, изобретательства и реформаторства.

ВТОРИЧНЫЙ БРЕД возникает при наличии других психических расстройств — галлюцинаций, психического автоматизма, помраченного сознания, измененного аффекта, существующих то изолированно, то в различном сочетании друг с другом. В последнем случае бред возникает нередко в рамках большого синдрома (см. Синдромы психических болезней). Обычно вторичный бред возникает при достаточной степени выраженности основных расстройств — галлюцинаций, аффекта и т.д. Интенсивность вторичного бреда (степень его генерализации) во многом (хотя и не всегда) коррелирует со степенью выраженности психических нарушений, на фоне которых он возникает. Обозначение отдельных форм вторичного бреда в ряде случаев отражает название "базисных" психопатологических симптомов — галлюцинаций, аффекта и т.д. Однако это вовсе не означает, что отдельные формы вторичного бреда являются психологически понятными реакциями больного на основные психические расстройства. Вторичный бред стоит как бы в одном ряду с другими, сопутствующими ему психопатологическими симптомами.

Чувственный бред (бред образный, bouffees delirantes — бредовые вспышки) представляет собой форму вторичного бреда, развивающегося в рамках большого синдрома в связи с тем, что ему сопутствуют аффективные, сенсорные, двигательные расстройства, а нередко и помрачение сознания.* При чувственном бреде существует иллюзорное восприятие окружающего. Бред лишен системы. Его содержание изменчиво, непоследовательно, часто определяется противоположными по содержанию бредовыми идеями, например, идеи самоуничижения, гибели, существуют одновременно или сменяются на протяжении коротких отрезков времени идеями величия и бессмертия или идеями вечного блаженства. Чувственный бред существует как данность. При нем отсутствуют обоснования, доводы, какие-либо мало-мальские логические построения. Если и существуют расстройства, которые можно оценить как интерпретации, то они бедны, разрозненны, зачастую противоречивы. Сознание больного заполнено лишенными "интеллектуальной переработки", непроизвольно возникающими образными представлениями. По своей наглядности и непоследовательности они напоминают грезы или картины сна. В поступках больных обычно наблюдается импульсивность, часто резко выраженная. При бреде параноидного содержания* — это бегство, стремление к обороне, в ряде случаев внезапное нападение на мнимых врагов. Нередко такие больные апеллируют к окружающим, а то и к своим воображаемым преследователям, прося оградить их от опасности или просто сохранить им жизнь. Если больные спасаются бегством, то обычно они не уходят далеко от места, где им грозила опасность. Настоящей миграции при чувственном бреде не бывает. При бреде парафренного содержания поведение больных часто носит восторженно-патетические черты. Здесь также сохраняются импульсивные действия. Сознание больных обычно (если только бред изначально не возникает на фоне его помрачения) остается непомраченным, но из-за постоянного видоизменения бредовых представлений и наличия других психопатологических расстройств оно калейдоскопически меняется, и на отдельные моменты больные как бы переносятся в иную, созданную патологическими переживаниями обстановку. Из разнообразных аффективных расстройств, постоянно сопутствующих чувственному бреду, наиболее частой и выраженной является напряженная тревога или страх, реже — восторженность, доходящая до степени экстаза.

Разновидностями чувственного бреда являются бред инсценировки, бред значения и бред интерметаморфозы. При б р е д е и н с ц е н и р о в к и больные говорят, что кругом все подстроено, их разыгрывают с какой-то, по-видимому, специальной целью, происходит игра, представление, киносъемка; окружающие люди совсем не те, за кого они себя выдают; их присутствие не случайно; все поступки окружающих имеют какое-то отношение к больному; его проверяют, обучают, воспиты-

* Чувственный бред (Bouffees delirantes), по мнению H.Ey, P.Bernard, Ch.Brisset (Manuel de psychiatrie, Paris, 1967, p. 292), соответствует описанному K.Iaspers'oM бредовому восприятию. Такое отождествление имеет основание. Бредовое восприятие развивается первоначально в форме бреда значения. Последний является очень частым компонентом чувственного бреда. Сказанное указывает на известную относительность разделения бреда на первичный и вторичный. В обоих клинически совершенно различных формах могут, возможно, существовать сходные механизмы бредообразования.

* Бред параноидный — общее название различных форм бреда с идеями неблагоприятного воздействия извне; включает бред преследования, физического уничтожения, отравления, слежки, нанесения морального вреда.

вают и перевоспитывают, его к чему-то готовят. При бреде значения, который чаще усложняет бред инсценировки, а не возникает первично, окружающее частично или целиком принимает символическое значение; черный цвет означает скорую смерть больного; молодая женщина в белом — его спасение и т.д. Бред интерметаморфозы (бред метаболический) возникает вслед за бредом значения. При нем окружающие — обстановка, люди, отдельные предметы — подвергаются разнообразным изменениям или перевоплощениям, принимая новый, несвойственный им ранее облик. Все эти три разновидности чувственного бреда отличаются изменчивостью своих проявлений и легко сменяют друг друга.

Содержание чувственного бреда может быть обыденным и фантастическим. В первом случае речь чаще всего идет о непосредственной угрозе жизни больного — о его физическом уничтожении. Больной обычно предполагает или просто знает, как это будет осуществлено: его зарежут, застрелят, удушат, выбросят на ходу из транспорта и т.д. Источник опасности — окружающие: отдельные люди, какая-то их часть — "шайка" или даже все лица, с кем больной соприкасается в данный момент. В этих случаях, по выражению О.В.Кербикова (1948), превалируют "ножи и наганы". Больной часто видит орудия расправы в руках окружающих — блеснувший нож, мелькнувшую веревку и т.д. Он слышит реплики, предрешающие его участь.

Содержанием фантастического чувственного бреда являются необыкновенные события, в которых больной принимает непосредственное участие. В одних случаях это подготовка больного к необычной или выдающейся социальной роли (его хотят сделать космонавтом, государственным деятелем и т.д.); в другом — больной становится центром борьбы двух противоборствующих начал в масштабах, достигающих государства или даже всего мира — антагонистический (манихейский) бред. Исход такой борьбы часто предопределяется личностью больного и его желаниями. При этом больной может оставаться обыкновенным человеком, но нередко у него возникают идеи своей исключительности в духовной и физических сферах — бред величия.

Чувственный бред может существовать в рудиментарной форме, и в этих случаях он очень напоминает бредовое настроение (см. выше). Отличие от последнего явственно существует в тех случаях, когда предчувствие или переживание необычных событий сопровождается экстатическим аффектом, не свойственным бредовому настроению. Рудиментарные формы чувственного бреда длятся минуты, максимум часы и во многих случаях остаются из-за своей кратковременности нераспознанными окружающими. Такие эпизоды нередко встречаются в анамнезе больных шизофренией, у которых манифестный психоз может развиться лишь спустя много лет после первой такой транзиторной вспышки.

Наибольшей интенсивности чувственный бред достигает при шизофрении. При экзогенно-органических психозах этот бред по преимуществу ограничивается развитием бреда инсценировки. Выраженные формы чувственного бреда обычно наблюдаются в возрастном промежутке от 20 до 40 лет. В более ранние и более поздние возрастные периоды чувственный бред возникает обычно в более простых формах — он беднее и симптомами, и содержанием.

Галлюцинаторный бред развивается на фоне стойких и интенсивных галлюцинаций, т.е. при возникновении галлюцинозов. В ряде случаев галлюцинаторный бред описывается совместно с чувственным бредом и не выделяется в отдельную форму. Наиболее развернутые картины галлюцинаторного бреда возникают при вербальном галлюцинозе, в меньшей степени — при зрительном и тактильном галлюцинозах. Своего рода моделью галлюцинаторного бреда является бред, возникающий на фоне сценоподобного вербального галлюциноза экзогенно-органического генеза (алкоголизм, сосудистые, травматические заболевания головного мозга и т.д.). Бред в этих случаях развивается параллельно галлюцинозу и достигает своей наибольшей выраженности на высоте последнего. Систематизация бреда, ПРОИСХОДИТЕ сжатые сроки, исчисляемые часами — одним днем. Эта систематизация распространяется и на основное содержание бреда, и на его детали. Система обоснований бредовых высказываний либо отсутствует, либо выражена минимально. Бред существует как данность. Его источником является содержание галлюцинаторных расстройств. Особенность бредовых высказываний — образность и наглядность. Врач способен представить себе все то, о чем рассказывает ему больной в соответствующих картинах, т.е. бред отражает важную черту галлюциноза — его сценоподобность. При зрительных и тактильных галлюцинозах возникающий бред обычно менее систематизирован, образен и нагляден. Содержание галлюцинаторного бреда экзогенно-органического генеза может быть параноидным (преследование, физическое уничтожение и т.д.), депрессивным (обвинение, насмешки, сообщение о трагических обстоятельствах, постигших близких больного и т.д.), изредка фантастически-мегаломаническим. Во всех случаях острого развития галлюцинаторного бреда ему сопутству-

ют аффективные нарушения, преимущественно в форме депрессии, тревоги и страха, а также двигательные расстройства различной степени (возбуждение или заторможенность). На начальных этапах развития галлюцинаторного бреда может'возникать растерянность (см. ниже).

В тех случаях, когда галлюцинаторный бред возникает при вербальном галлюцинозе в рамках шизофрении, образно-наглядный компонент обычно выражен в меньшей степени. Часто наряду с галлюцинаторным бредом можно выявить бред объяснения голосов — бредовая интерпретация возникшего расстройства, а также различные проявления чувственного бреда, в том числе бреда инсценировки и значения, существующих то самостоятельно как бы вне связи с галлюцинаторным бредом, то объединяемых с ним общим содержанием. Чувственный бред может усиливаться в своей интенсивности и как бы оттеснить галлюцинаторный бред на второй план, несмотря на интенсивность галлюцинаций. Во многих случаях галлюцинаторный бред при шизофрении сочетается не с истинными галлюцинациями, а со слуховым псевдогаллюцинозом и другими проявлениями психического автоматизма. В других случаях слуховой псевдогаллюциноз быстро присоединяется к первоначально возникшему истинному вербальному галлюцинозу и постепенно сменяет его. Аффективные расстройства и поведение больных при шизофреническом галлюцинаторном бреде могут ничем не отличаться от того, что наблюдается и при галлюцинаторном бреде экзогенно-органического генеза. Однако при шизофрении нередко возникает повышенный или повышенно-экстатический аффект, а в поведении, несмотря на остроту состояния, — пассивность. Содержание галлюцинаторного бреда при шизофрении часто носит параноидный, фантастический, в частности, мегаломанический или космический характер.

Галлюцинаторный бред экзогенно-органического генеза обычно возникает у больных, начиная со второй половины жизни (после 40 лет); при шизофрении такой бред может наблюдаться и в молодом, и в позднем возрасте.

Аффективный (голотимный) бред — вторичный бред, возникающий на фоне патологически измененного настроения и своим содержанием отражающий доминирующий аффект. Аффективный бред, как и вообще любой вторичный бред, не является психологически понятной реакцией на существующее у больного болезненно измененное настроение. Бред в данном случае такое же психическое расстройство, какое представляют собой тоска, скорбное бесчувствие, идеаторное торможение и т.д. В зависимости от особенностей эмоциональных расстройств выделяют депрессивный и экспансивный аффективный бред.

Депрессивный бред возникает на фоне тоскливого или тоскливо-тревожного аффекта. Между степенью депрессивного аффекта, с одной стороны, интенсивностью и выраженностью депрессивного бреда— с другой, обычно существуют прямые соотношения. Наиболее сложные по содержанию и интенсивные по степени выраженности картины депрессивного бреда возникают при затяжных или хронических тревожно-ажитированных депрессиях (см. синдром Котара). Депрессивный бред — это бред несчастья. Его содержание — разорение, обреченность на страдания, смерть, различные формы наказания, вплоть до самых тяжелых или позорных. Несчастья больного существуют не только в настоящее время, но почти всегда распространяются и на будущее. По выражению J.Seglas (1895), депрессивный бред — бред ожидания. Меланхолик, страдающий депрессивным бредом, всегда в большей степени страшится будущего, чем настоящего. В ряде случаев при выраженном депрессивном настроении возникает депрессивный ретроспективный бред, т.е. появляются ложные суждения и умозаключения о действительных или мнимых событиях, в том числе предшествующих началу болезни, содержанием которых являются различные совершенные больным ошибки. "Больные меланхолией не видят завтрашнего дня, они терзают себя переживаниями сегодняшнего дня и плачут о прошлом" (Лю-И-ТЭ, 1957). Депрессивный бред — бред заслуженного несчастья. Его наиболее частыми формами являются бред самоуничижения, самообвинения (виновности), недостойное™, разорения. Источником настоящего, грядущего или существовавшего в прошлом несчастья является сам больной. Часто он не только источник собственного несчастья, но и причина бедствий, которым подвергаются окружающие — родные, знакомые, сограждане, весь мир. Поэтому приносимое больным несчастье в ряде случаев не имеет предела ни во времени, ни в пространстве; оно безгранично — бредовые идеи громадности (бред Котара). Депрессивный бред обычно беден содержанием, монотонен и однообразен — больной постоянно твердит об одном и том же, в одних и тех же выражениях. Это малосистематизированный, хотя в отдельных своих эпизодах последовательно излагаемый бред. Разновидностью депрессивного бреда является бред осуждения (обвинения). В этом случае больной одновременно и источник несчастий, и жертва несправедливости других людей. Он совершил или совершал в прошлом проступки, но не такие значительные, чтобы его за них так жестоко или тяжело наказывали. При бреде осуждения часты неразвернутые идеи нанесения больному физического или нравственного вреда, т.е. идеи преследования.

Депрессивный бред чаще развивается в сжатые сроки. В этих случаях болезнь протекает чаще в форме приступов, по миновании которых исчезает и бред. Хронический депрессивный бред нередко развивается с известной этапностью — от монотематического бреда (например, бреда самообвинения) к бреду политематическому, например, в форме бреда Котара. В этих случаях ослабление депрессивного аффекта не всегда влечет за собой ослабление или исчезновение депрессивного бреда. Хронический депрессивный бред обычно наблюдается во вторую половину жизни, чаще у больных старческого возраста. Вообще все развернутые картины депрессивного бреда свойственны преимущественно больным в возрасте за 50 лет.

Экспансивный бред возникает на фоне повышенного, обычно маниакального аффекта. Бред проявляется идеями величия (мегаломания), которые распространяются на личность больного, его социальное положение и материальное благосостояние. Говорят о своем необыкновенном здоровье и физической силе, несравненной и неоспоримой красоте, превосходных и даже безграничных интеллектуальных возможностях; считают себя знаменитостью, прямым потомком лиц знатной фамилии, лицом, занимающим высокое — вплоть до главы государства — общественное положение; в ряде случаев называют себя властителями вселенной. Такие высказывания обычно сочетаются с убежденностью в своих неограниченных возможностях, в том числе своего могущества, способности повелевать массами людей, оказывать влияние на важнейшие события в масштабе страны и даже всего мира. В тех случаях, когда экспансивный бред имеет своим содержанием материальное благосостояние, больные говорят о том, что обладают большими суммами денег, драгоценностями, сокровищами. Экспансивный бред может ограничиться каким-либо одним кругом идей, например, идеями о своем высоком социальном положении. В других случаях высказывают самые разнообразные по содержанию мегаломанические бредовые идеи. Почти всегда экспансивный бред является альтруистическим бредом: больной не только выдающееся лицо, обладает богатством, имеет неограниченные возможности и т.д., но и лицо, желающее сделать счастливыми окружающих — близких, знакомых, сограждан и т.д. Систематизация экспансивного бреда или отсутствует, или выражена слабо — в самых общих чертах. Бред является фактом, который не аргументируется. Часто экспансивный бред образен, чувственно-нагляден, порою сказочен и напоминает грезы наяву. Обычно та или иная основная мегаломаническая бредовая идея легко дополняется новыми

фактами. Во многих случаях высказывания больных отличаются противоречивостью. В ряде случаев экспансивный бред сопровождается бредовым поведением. Последнее касается чаще всего стремления больных изменить свою внешность. С этой целью приобретается соответствующий содержанию бреда реквизит: определенная одежда, украшения, всякого рода знаки отличия — погоны, нашивки, самодельные значки и даже настоящие ордена. На начальных этапах развития бреда, особенно когда он не развивается остро, может возникать и сутяжное поведение. В случаях приступообразного течения болезни экспансивный бред чаще формируется в сжатые сроки. При хронических болезнях он нередко возникает на отдаленном, во всяком случае не на начальном этапе развития психоза и формируется постепенно.

Выраженный экспансивный бред появляется обычно у лиц зрелого возраста, нередко в старости.

БРЕД ПСИХОГЕННЫЙ (бред реактивный) возникает как реакция на некоторые виды острых или длительно существующих психических травм. В ряде случаев психотравмирующая ситуация в той или иной степени находит свое отражение в содержании бреда. Наряду с психической травмой в генезе психогенного бреда принимают участие т.н. соматический фактор и конституциональные особенности больного. Сома ический фактор особенно важен в случаях острого развития некоторых форм психогенного бреда; конституциональный фактор принимает участие и при остром, и при исподволь развивающемся, длительно существующем психогенном бреде. По особенностям психопатологической структуры психогенный бред обычно проявляется расстройствами, свойственными вторичному бреду. Существует ряд форм психогенного бреда.

Параноид внешней обстановки (С.Г.Жислин, 1940). В связи с тем, что эта форма бреда первоначально была описана у лиц, находящихся в условиях переезда по железной дороге, данная форма бреда чаще обозначается как "железнодорожный" параноид. Классическое описание этого психопатологического состояния принадлежит С.Г.Жислину.

"Быстро, почти без предвестников, начинал развертываться бред преследования: больному начинает казаться, что за ним следят, что он является центром всеобщего внимания, за ним следят отдельные подозрительные лица или целая шайка, его собираются ограбить, убить, подвергнуть мучениям. Все кругом, происходящее на вокзале, имело непосредственное отношение к этому преследованию и замышляемому злодеянию; больной чувствовал себя безоружным, одиноким, окруженным врагами. Этот развертывавшийся в течение часов или суток бред преследования сопровождался необычайно рез-

ким аффектом страха, непрерывно нараставшим и толкавшим больного на крайние, но адекватные для такого рода "ситуации", шаги: раздавал свои вещи с целью "умилостивить преследующих", умоляя их оставить ему жизнь; в ужасе выбрасывался на ходу из поезда, разбивал при этом стекла и, не обращая внимания на полученные ранения, бежал дальше; бросался на рельсы под поезд, чтобы покончить с собой, и т.д. Начинался и развертывался параноид при сравнительно ясном сознании. В дальнейшем же явственно под влиянием аффекта страха и на высоте последнего, при попытке на самоубийство или во время бегства, сознание затемнялось, оставляя по выздоровлении амнезию, иногда неполную, на небольшой, весьма ограниченный отрезок времени. Как правило, все эти больные, будучи стационированы, обнаруживали уже в следующие 1—2 дня полную критику к случившемуся с ними и выздоравливали".*

Таким образом структура параноида внешней обстановки исчерпывалась начальными проявлениями чувственного (образного) бреда с обыденным, житейским содержанием. Характерен необычно резкий аффект страха, импульсивное возбуждение и аффективно суженное состояние сознания. Сложные формы образного бреда (инсценировки, значения и т.д.), аффективные расстройства в форме экстаза, а также двигательная пассивность или, напротив, агрессивные поступки по отношению мнимых врагов не характерны для больных с параноидом внешней обстановки. В настоящее время подобные бредовые состояния описаны и у лиц, совершающих авиарейсы.

Разновидностями параноида внешней обстановки по особенностям психопатологических проявлений являются бред в иноязычном окружении и бред тугоухих (бред преследования тугоухих). Психотравмирующая ситуация проявляется здесь прежде всего в форме психической изолированности. В этих случаях возникает обычно неразвернутый чувственный бред, сопровождаемый у тугоухих отдельными вербальными галлюцинациями. Продолжительность бредовых расстройств чаще незначительна. Обычно при параноидах внешней обстановки можно выявить дополнительные факторы, непосредственно или длительно предшествующие психозу: психическое напряжение и физическая утомленность, недосыпание, легкие, перенесенные "на ногах", соматические болезни (железнодорожный параноид); те же причины и психическая предрасположенность отмечены и в случаях бреда в иноязычном окружении; материальные затруднения, предстарческий возраст — при бреде тугоухости.

* Жислин С.Г. Об острых параноидах. М., 1940. с. 12—13.

"Тюремные" параноиды. В ранние сроки после осуждения, реже в период следствия и суда, остро возникают бредовые идеи отношения и преследования, сопровождаемые в части случаев вербальными иллюзиями и галлюцинациями, содержание которых отражает пережитое больным — арест, ситуацию следствия, пребывания в тюрьме, а также страх за личное будущее и будущее близких. Преобладает пониженно-тревожный или боязливый аффект. В генезе бреда наряду с психической травмой имеет значение фактор изоляции (А.Н.Бунеев, 1950). В условиях длительных сроков заключения, обычно у лиц зрелого и пресенильного возраста,возникает бред помилования — пресенильный бред помилования. В этом состоянии высказывают убеждение в том, что судебный процесс проведен заново, прежнее обвинительное заключение пересмотрено в благоприятном для больного отношении, прежний приговор отменен, вынесено решение об амнистии, реабилитации и освобождении от заключения. Одновременно может возникнуть бред невиновности. По своему механизму бред помилования относится не только к психогенному, но и к аффективному бреду, той его разновидности, которую принято называть кататимным бредом, т.е. бреду, который возникает на фоне пониженного настроения и имеет своим содержанием значимые конкретные события из жизни больного.

Индуцированный бред — разновидность психогенного бреда, при котором бред психически больного человека "передается" лицам, являющимся до того психически здоровыми. Чаще всего психически больной индуктор страдает первичным бредом (интерпретативным бредом, бредом притязания, бредом воображения), изредка, во всяком случае много реже — психогенным бредом и очень редко аффективным (депрессивным) бредом. По содержанию индуцированный бред чаще всего бывает бредом ущерба, отравления, супружеской неверности, преследования, реформаторства (в том числе религиозно-мистического содержания), сутяжничества, изобретательства. Бред индуцированных по сравнению с бредом индуктора, как правило, менее систематизирован, беднее содержанием, излагается нередко в самых общих чертах с использованием перенятых у индуктора слов и выражений. Когда "передается" первичный бред, индуцированный бред развивается хронически. Острые формы индуцированного бреда встречаются сравнительно редко. При них у индуктора помимо бредовых идей обычно отмечаются выраженные аффективные расстройства в форме страха, паники, экстаза. В ряде случаев у них бывают отдельные, но вместе с тем яркие зрительные галлюцинации (например, религиозного содержания). Острые формы индуциро-

ванного бреда способны захватить и одного-двух, и значительное число лиц — так называемое "помешательство толпы".

Для возникновения индуцированного бреда необходим ряд условий:

1) продолжительное общение индуктора и индуцируемого (индуцируемых), в первую очередь совместное проживание, т.е. наличие общего анамнеза; поэтому индуцированный бред чаще всего возникает между лицами, находящимися в родственных или супружеских отношениях;

2) бред индуктора должен развиваться исподволь, а его содержание отличаться известным правдоподобием, т.е. явно не противоречить тому, что встречается в обыденной жизни, а также соответствовать установкам индуцируемого;

3) доводы индуктора должны обладать выраженной аффективной "заряженностью", своего рода страстностью, т.к. в этих случаях его слова получают гораздо большую убедительность;

4) индуцируемый должен обладать определенной психической предиспозицией (инфантилизм, врожденная или приобретенная умственная слабость, характерологические аномалии, обусловленные наследственными причинами у родственников). При острых формах индуцированного бреда, в частности при "помешательстве толпы", дополнительным фактором может явиться продолжительное тревожное ожидание, физическое утомление (например, в воинской части) или же определенные социальные условия — при индуцированном бреде религиозного и иного содержания.

РЕЗИДУАЛЬНЫЙ БРЕД. Эта форма бреда не имеет в психиатрии однозначного толкования. В повседневной практике термином "резидуальный бред" психиатры обозначают бредовые идеи, еще остающиеся у больного после того, как основная часть бредовых расстройств подверглась редукции, т.е. здесь подрезидуальным бредом подразумевают неполностью исчезнувший бред. Обычно такой бред колеблется в своей интенсивности и сочетается с легкими аффективными нарушениями; реже такой бред остается в форме моносимптома, не меняющегося в своей интенсивности и содержании. В других случаях термин "резидуальный бред" используется для обозначения тех бредовых расстройств, которые остаются у больного после того, как у него проходит психоз, основой которого является состояние помраченного сознания, не сопровождаемое полной амнезией: делирий, онейроид, сумеречное помрачение сознания с бредом и галлюцинациями. В этих случаях содержанием резидуального бреда являются события, отражавшие бредовые и (или) галлюцинаторные расстройства, существовавшие в период помрачения сознания. Так, больной, перенесший делирий, при котором зрительные галлюцинации имели своим содержанием сцены измены жены, по миновании психоза остается в твердом убеждении, что она ему действительно изменяла (резидуальный бред супружеской неверности), хотя к остальным симптомам бывшего у него делирия появляется достаточно критическое отношение. Первое время такой резидуальный бред может сопровождаться аффективными реакциями, например, в форме раздражения и злобы по отношению к жене, но затем аффективный компонент достаточно быстро исчезает, хотя бредовая убежденность продолжает оставаться. Резидуальный бред в подобных случаях меняется лишь в сторону своего упрощения, а затем нередко полностью проходит. Иногда это происходит внезапно — бред исчезает, как исчезают при пробуждении от сна бывшие у индивидуума сновидения; иногда исчезновение происходит постепенно.

Бредовые идеи требуют дифференциального диагноза с ошибочными суждениями, сверхценными идеями и навязчивостями.

Многие психиатры считают, что различия, существующие между бредом и ошибочными суждениями, отличаются четкостью и определенностью, позволяющими проводить надежное разграничение между этими двумя феноменами. Вместе с тем основной признак ошибочных суждений — их доступность коррекции, существует не во всех случаях. В частности, это можно видеть на примере религиозных и некоторых других ошибочных суждений. Подобные ошибочные суждения могут лишь усилиться под влиянием разубеждений. Нередко ошибочные суждения подчиняют себе все поведение индивидуума. Существует немалое число очень крупных психиатров, придерживающихся мнения, что между ошибочными суждениями и бредом не существует четких границ. J.Seglas первым подчеркнул этот факт. Его ученик Gelma, поставивший себе задачей найти четкие различия между бредом и заблуждениями, пришел к выводу, что это очень сложно и подчас невозможно.*

Бред и сверхценные идеи могут быть четко разграничены не во всех случаях. Главные признаки, характеризующие сверхценные идеи — их психогенная обусловленность, психологическая понятность, исходящая из переживаний и ситуации, их содержание, отражающие опасения, желания и стремления личности, — встречаются и при бреде. В ряде случаев (по аналогии с психически провоцированными эндогенными депрессиями), можно говорить о психической провокации бреда, который

A.Porot. Manuel alphabetique de psychiatrie. Paris, 1969, p. 160.

в этом случае может, особенно первоначально, иметь все признаки, характерные для сверхценных идей. Примером служит развитие сутяжного бреда после действительной серьезной несправедливости, допущенной в отношении больного, или бреда супружеской неверности после того, как брачный партнер действительно совершил измену. Ряд психиатров считает, что между сверхценными идеями и настоящим бредом существуют переходные состояния. Относится ли данное расстройство к сверхценному образованию или же к бреду, во многих случаях с достаточной уверенностью можно определить лишь на основании длительного наблюдения больного.

Дифференциальный диагноз между бредом и навязчивыми явлениями возможен, пожалуй, почти всегда. Отсутствие критического отношения к навязчивости возникает лишь на высоте ее развития и, как правило, кратковременно. Во всех остальных случаях "я" больного с.навязчивыми расстройствами так или иначе им противоборствует.

Расстройства памяти

Память — способность индивидуума запечатлевать, сохранять и воспроизводить данные прошлого опыта.*

Расстройства памяти затрагивают все три ее составные части: запечатление (запоминание) — фиксацию нового опыта, научение; сохранение запечатления (ретенцию) и воспроизведение прошлого опыта — репродукцию, воспоминание. Когда расстраиваются только эти перечисленные составные части, говорят о КОЛИЧЕСТВЕННЫХ НАРУШЕНИЯХ памяти. Последние, в изолированной форме, встречаются редко. Обычно наблюдаются их сочетания, в которых преобладает то или иное расстройство, например, запоминание — фиксация нового опыта. При сочетании количественных расстройств памяти с ложными воспоминаниями, смешением прошлого и настоящего, реального и воображаемого, — говорят о КАЧЕСТВЕННЫХ РАССТРОЙСТВАХ памяти или ПАРАМНЕЗИЯХ. Выделение расстройств памяти в самостоятельный симптом или синдром нередко оказывается затруднительным. Происходит это потому, что нарушения памяти могут быть обусловлены не только ее прямым поражением, но и наличием у больного других психопатологических расстройств, оказывающих влияние на состояние памяти, самой по себе остающейся сохранной. На память,

* Энциклопедический словарь медицинских терминов. 1983, Т. 2, с. 288.

например, на способность запоминания, влияют степень ясности сознания, особенности внимания, настроения, преобладающие в данное время интересы и установки, возможность осмысления происходящего вокруг и т.д. Поэтому при определении нарушений памяти всегда следует помнить о возможном влиянии на нее других психических расстройств.

Среди КОЛИЧЕСТВЕННЫХ РАССТРОЙСТВ памяти выделяют дисмнезию (гипомнезию), амнезии и гипермнезию.

Дисмнезия — расстройство памяти, характеризующееся снижением возможности запоминания, уменьшением запасов памяти и ухудшением воспроизведения. Снижение памяти при дисмнезии происходит в определенной последовательности. Вначале утрачиваются (забываются) наиболее свежие, недавно приобретенные и менее закрепленные факты. Ранним симптомом дисмнезии является ухудшение элективной (избирательной) репродукции, способности воспроизведения в необходимый момент данных прошлого опыта, прежде всего тех, которые касаются наиболее отвлеченных и дифференцированных запасов памяти — терминов, имен, названий, дат, слов, чисел. Нарушение элективной репродукции всегда в большей степени касается недавно приобретенных знаний и запасов памяти. Наряду с нарушением элективной репродукции происходит ослабление запечатления новых фактов, особенно тех, которые мало затрагивают интересы индивидуума и (или) не являются аффективно окрашенными. В меньшей степени в начальных стадиях дисмнезии страдает ретенция, т.е. память в тесном смысле этого слова. В наименьшей степени страдает память профессиональная. Таким образом, дисмнезия определяется известной неравномерностью нарушений основных компонентов памяти. Одновременно с появлением дисмнестических расстройств может наблюдаться оживление памяти на события прошлой жизни. Нередко при этом факты минувшего приобретают выраженную образность и наглядность. В подобных случаях о событиях прошлого рассказывают так, что собеседник не только слышит, но и .может одновременно представлять себе в картинах факты, о которых ему сообщают. Рассказы о прошлом приобретают сценоподобность. При более тяжелых дисмнестических расстройствах из памяти в той или иной мере выпадают отдельные периоды личной и общественной жизни. Однако никогда не бывает полного их забвения. Постоянным свойством не только легкой, но и тяжелой дисмнезии является неравномерность поражения запасов памяти — одно помнят хуже, другое лучше.

Амнезия — нарушения памяти в виде утраты способности сохранять и воспроизводить ранее приобретенные знания.* Амнезии делят на *гене-*

* Энциклопедический словарь медицинских терминов. М., 1982, т. 1,с. 49.

рализованные и *ограниченные,* распространяющиеся лишь на определенный отрезок времени. К *генерализованным амнезиям* относят амнезию фиксации и прогрессирующую амнезию.

Амнезия фиксации проявляется нарушением способности запоминать (фиксировать) новые факты при относительной сохранности памяти на приобретенные в прошлом знания. При этой форме амнезии наблюдается дезориентировка в месте, окружающих лицах, во времени и последовательности событий (амнестическая дезориентировка). Амнезия фиксации редко выступает в чистом виде. Обычно она сочетается с другими видами амнезий, например, с ретроградной или прогрессирующей. Основываясь на том, с какой другой формой амнезии сочетается амнезия фиксации, можно делать предположительные выводы о прогнозе патологического состояния, при котором наблюдается амнезия. Сочетание амнезии фиксации с сиптомами прогрессирующей амнезии всегда свидетельствует о неблагоприятном прогнозе. В тех случаях, когда амнезия фиксации сочетается с ретроградной амнезией (Корсаковский психоз, Корсаковский синдром различного генеза), ее развитие носит обычно регредиентный характер.

Более тяжелой формой генерализованной амнезии является прогрессирующая амнезия, при которой наблюдается постепенное, со временем полное и необратимое опустошение всех запасов памяти и приобретенных знаний. Этот процесс происходит при прогрессирующей амнезии исподволь и в определенной последовательности: от более частного к более общему, от того, что было приобретено индивидуумом в последнее время, — к тому, что было приобретено им раньше, от менее прочно закрепленного и автоматизированного — к более прочно закрепленному и автоматизированному — закон Th.Ribot (1881). При прогрессирующей амнезии постоянно наблюдается оживление воспоминаний, относящихся к далекому прошлому. Со временем может возникнуть сдвиг ситуации в прошлое, вплоть до "жизни в прошлом" (С.Г.Жислин, 1965): больные считают себя молодыми, живущими в семье родителей и т.п. Сочетание жизни в прошлом с повышенной речевой откликаемостью больных на происходящее кругом, суетливой деловитостью и амнестическими ложными узнаваниями называют старческим амнестическим делирием (С.Г.Жислин, 1965). Возникновение этого расстройства, характерного для старческого слабоумия, автор предположительно ставит в связь не только с расстройствами памяти, но и с неполным, расплывчатым, отрывочным восприятием внешнего мира и патологическим оживлением опыта, относящегося к далекому прошлому больных.

Ограниченные амнезии определяются полным выпадением памяти на различные периоды времени. Выделяют следующие виды ограниченных амнезий.

Амнезия антероградная — запамятование событий, происходящих непосредственно после психоза, сопровождаемого помрачением сознания или (реже), другими психическими расстройствами. Антероградная амнезия захватывает отрезки времени, продолжающиеся день-неделю. Память на события этого периода не восстанавливается.

Амнезия ретроградная возникает на события, предшествующие состоянию помрачения сознания или другим психическим расстройствам. Ретроградная амнезия распространяется на отрезки времени, колеблющиеся от минут до нескольких лет. При ней, как правило, отмечается редукция амнестических расстройств — вплоть до полного их исчезновения.

Антероретроградная амнезия — сочетание антероградной и ретроградной амнезий.

Амнезия кататимная — психогенно возникающие пробелы памяти на неприятные для индивидуума события.

Амнезия конградная возникает на период, во время которого существовало состояние помрачения сознания или другое психическое расстройство. Конградная амнезия может быть полной (оглушение сознания, тяжелые формы делирия, аменция, некоторые формы сумеречных состояний) и частичной, когда в памяти больного остаются фрагменты психоза (делирий, онейроид). В последнем случае создаются условия для возникновения резидуального бреда. В связи с конградной амнезией могут возникать антероградная и ретроградная амнезии.

Амнезия периодическая (Th.Ribot, 1881) возникает на фоне альтернирующего сознания, встречающегося при истерических состояниях. Больной живет в двух, совершенно отличающихся друг от друга состояниях, сменяющих одно другое. В состоянии "А" сохраняется память на все относящиеся к нему события. То же относится и к состоянию "Б". Вместе с тем, находясь в состоянии "А", больной совершенно не помнит, что с ним происходило в состоянии "Б" и наоборот — в состоянии "Б" не помнит, что происходило в состоянии "А".

Амнезия ретардированная возникает на период помрачения сознания или другого психического расстройства не сразу после их

окончания, а спустя различные сроки, обычно исчисляемые днем-неделей. Поэтому больной сразу же после окончания психоза способен сообщить о бывших у него в тот период расстройствах, в том числе и о своем тогдашнем поведении, а затем забывает и о том, что с ним было, и о том, что он уже рассказывал. Ретардированная амнезия имеет важное значение в судебной психиатрии. При ее возникновении больных могут обвинить в симуляции.

Разновидностью амнезии является палимпсест — запамятование отдельных событий и деталей своего поведения, бывших накануне в период опьянения, на высоте его развития. Способность воспроизведения общего хода событий при палимпсесте сохраняется. Палимпсест по мере нарастания симптомов алкоголизма сменяется алкогольной амнезией — забывается все то, что происходило в период опьянения.

Некоторые психиатры, например J.Delag (1962), выделяют группу **"неврологических амнезий"** — апраксию, афазии, агнозию. Отечественные психиатры не относят эти расстройства к амнезиям и не пользуются этим термином.

Гипермнезия—значительное или резкое обострение памяти. Обычно сопровождается наплывом множественных воспоминаний и образными представлениями. Гипермнезия охватывает как основные факты события, так и его детали. Воспоминания и образные представления чаще отличаются той или иной степенью хаотичности; реже они имеют одну или несколько последовательно развивающихся сюжетных линий. Развитие гипермнезии часто влечет за собой появление ментизма, скачки идей, бессвязности мышления. Гипермнезия встречается при маниакальных состояниях, в состояниях опьянения различного происхождения, при некоторых эпилептических эквивалентах и аурах. К гипермнезии относят также усиление памяти, проявляющееся в поразительных способностях к счетным операциям, к запоминанию прочитанного, услышанной музыке и т.п. Данное явление чаще всего распространяется на ограниченный раздел памяти, особенно когда оно наблюдается у лиц с посредственным интеллектом или просто у лиц,с явлениями дебильности.

ПАРАМНЕЗИИ — группа качественных расстройств памяти, при которых возникают ложные или искаженные воспоминания, а также происходит смешение настоящего и прошлого, реального и воображаемого. Термин принадлежит E.Kraepelin'y (1886). Парамнезии встречаются при самых различных психопатологических состояниях. Так, они возникают при психических болезнях, сопровождаемых количественными нарушениями памяти, то очень легкими, то достигающими степени прогрессирующей амнезии; при психозах, характеризующихся бредом, галлюцинациями, аффективными расстройствами (преимущественно гипоманиакальными и маниакальными состояниями), при которых количественная память сохранена то в полном объеме, то нарушена в различной степени. Все это затрудняет описание и классификацию парамнезий. Поэтому среди психиатров отсутствует единство взглядов на границы и проявления данного расстройства. Одни психиатры, в частности, французские, считают, что к парамнезиям следует относить лишь те случаи качественных нарушений памяти, при которых отсутствует патологический вымысел и которые, воспринимаясь больными как данность, никак ими не интерпретируются. При таком понимании парамнезий к ним относят лишь небольшое число болезненных состояний:

1) симптомы уже виденного или никогда не виденного и др. (см. Дереализация);

2) некоторые формы ложных узнаваний, относящиеся к иллюзорному их типу (см. Капгра синдром);

3) редуплицированные парамнезии Пика — расстройство, при котором у больного с органическим заболеванием головного мозга существует убеждение в том, что отдельные лица или предметы обстановки удваиваются: существует два мужа, две одинаковые квартиры и т.п.;

4) расстройство, при котором забывается прежнее значение слов, хотя слова как таковые помнят (очаговые поражения головного мозга).

Отечественные и значительная часть немецких психиатров относят к парамнезиям обманы памяти, сопровождаемые патологическим вымыслом, и выделяют среди них три группы расстройств: псевдореминисценции, конфабуляции и криптомнезии.

Псевдореминисценции (иллюзии памяти) — ошибочные воспоминания о действительно происходивших событиях. Последние в этом случае могут относиться совсем к другому времени, чем это было в действительности, переплетаться с фактами, которых на самом деле не было, или с фактами, которые хотя и происходили в действительности, но не имеют никакого отношения к другим событиям, с которыми их соотносят. Поэтому можно сказать, что при псевдореминисценциях действительность и вымысел сосуществуют. Содержание псевдореминисценции носит по преимуществу обыденный характер.

Конфабуляции (фабуляции, от фр. Tabulation) — патологический вымысел, принявший форму воспоминаний. Конфабуляции возникают при наличии самых различных психопатологических расстройств —

как продуктивных, так и негативных. Они различаются также и своим содержанием. Поэтому их классификация носит чисто описательный характер.

Конфабуляции бредовые всегда возникают на фоне бреда и характеризуются переносом в прошлое бредовых расстройств, возникших значительно позже, т.е. происходит бредовое истолкование того периода жизни, когда индивидуум еще не был больным человеком. К бредовым конфабуляциям могут быть отнесены и те конфабуляции, которые возникают вслед за состояниями помрачения сознания, сопровождавшимися лишь частичной амнезией болезненного эпизода (делирий, онейроид, сумерки). Такие конфабуляции называют также онирическими.

Конфабуляции галлюцинаторные (псевдогаллюцинаторные) возникают при наплывах зрительных или слуховых обманов восприятия, которые воспринимаются больными как живое воспоминание фактов, бывших в действительности.

Конфабуляции мнемонические (конфабуляции замещающие, конфабуляции памяти) возникают при выраженных расстройствах памяти, например, при фиксационной амнезии, и как бы "замещают" ее пробелы вымышленными фактами, относящимися преимущественно к событиям повседневной жизни.

Конфабуляции экмнестические возникают на фоне выраженной прогрессирующей амнезии и имеют своим содержанием события детского или юношеского возраста.

В связи с тем, что содержание конфабуляции может быть фантастическим, в частности, сопровождаться идеями величия, выделяют также фантастические и экспансивные конфабуляции. При первых больные рассказывают о необыкновенных событиях, участниками или свидетелями которых они являются; при вторых в высказываниях доминируют идеи величия (богатства, высокого происхождения и т.д.). Фантастические и экспансивные конфабуляции являются чаще бредовыми или галлюцинаторными и реже связаны с нарушениями памяти. Дифференциальный диагноз псевдореминисценций и конфабуляции обыденного содержания часто представляет большие трудности.

Конфабуляторная спутанность — сочетание обильных конфабуляции, ложных узнаваний лиц и окружающей обстановки, растерянности и бессвязности мышления. Возникает в качестве промежуточного синдрома после состояний помрачения сознания, чаще всего — делирия.

Криптомнезии (искажения памяти) — форма парамнезий, при которой исчезают различия меду событиями бывшими в действительности и теми, которые были услышаны, прочитаны или увидены во сне. В одних случаях все это вспоминается как происходившее в действительности с самим больным (ассоциированные воспоминания, E.Kraepelin, 1912); в других — действительно происходившие события вспоминаются в качестве услышанного, прочитанного или увиденного во сне (отчужденные воспоминания).

Парамнезии, в первую очередь в форме конфабуляции фантастического или экспансивного содержания, возникают не только при психических болезнях. "У людей с живым воображением и высоко развитым чувством собственного достоинства прежние переживания незаметно подвергаются глубоким изменениям в том смысле, что собственное "я" постепенно выдвигается на первый план. Тени стушевываются, и блеск собственного величия светит все ярче и ярче. Иногда подобное непроизвольное стремление к самовосхвалению приводит к вымыслам или необыкновенным разукрашиваниям громких историй, которые в конце концов рассказчик сам принимает за правдоподобные, как в приключениях Мюнхгаузена и в охотничьих рассказах. Прекрасно изобразил этот процесс Daudet в своем "Тартарене". Дети, у которых воображение очень живо, и самоанализ еще не развит, склонны к вымыслу и разукрашиванию событий, не сознавая, что извращают их. Они легко поддаются внешним влияниям и потому не могут быть свидетелями на суде. Неправдоподобность их рассказов, в большинстве случаев принимаемая за лживость, нередко исчезает лишь с наступлением умственной и нравственной зрелости. Слова и речи патологических лгунов остаются надолго даже для них самих смесью вымысла с истиной".*

Если психическое заболевание развивается хронически и конфабуляции, безотносительно к их механизму и содержанию, усложняют или сменяют другие продуктивные симптомы — налицо свидетельство утяжеления болезненного процесса.

ЭФФЕКТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Расстройства моторики

Относящиеся сюда симптомы обычно тесно связаны с различными продуктивными (аффективные, галлюцинаторные, бредовые и т.д.) или

* КрепелинЭ. Учебник психиатрии. Пер. с нем. М., т. 1, 1912, с. 182.

реже негативными расстройствами, например, со слабоумием. Расстрой-1 ства моторики также с постоянством сопровождаются патологией мыш-а ления и речи. Возможно, по этой причине психиатры используют для оп-1 ределения отдельных форм расстройств моторики прилагательное "психомоторный" — психомоторное возбуждение, психомоторное торможение. Чаще слово "психомоторный" используется для обозначения различных форм возбуждения (гиперкинезий), встречающихся при психических болезнях. Наряду с двигательными расстройствами, имеющими тесную связь с психопатологическими симптомами, психиатры достаточно часто встречаются с патологией моторики, обусловленной преимущественно или в значительной степени неврологическими поражениями — двигательные расстройства при болезнях Пика, Альцгеймера, Паркинсона, эпидемическом и иных формах энцефалитов, опухолях мозга, хорее Гентингтона и др. В этих случаях психиатры для характеристики двигательных расстройств используют терминологию, принятую в клинике нервных болезней — тремор, тик, гиперкинезы, миоклония и т.д. В данном разделе и ниже (см. синдромы двигательных расстройств) рассматриваются лишь те двигательные нарушения, которые обычно подходят под определение "психомоторные".

Выделяют ттби формы двигательных (психомоторных) нарушений: гиперкинезию, акинезию и паракинезию. Двигательное возбуждение (гиперкинез™) — усиление и ускорение двигательной активности. В легких формах гиперкинезий движения последовательны, правильны, взаимосвязаны. Поведение в целом сохраняет целенаправленность и представляется мотивированным. Наблюдается лишь оживление мимики, большая выразительность и большее разнообразие движений. С утяжелением гиперкинезий движения теряют свои оттенки, становятся более простыми и вместе с тем резкими и порывистыми, как бы судорожными, а поведение — беспорядочным и немотивированным. При резкой степени гиперкинезий движения приобретают хаотичность. В нем могут исчезать целостные двигательные акты. Появляются движения, напоминающие, например, гиперкинезы, и возбуждение принимает как бы неврологический характер. Гиперкинезия в тяжелых формах может сопровождаться регрессом поведения: больные рычат, лают, передвигаются на четвереньках, не едят, а лакают и т.д. В тяжелых случаях гиперкинезий нередко исчезает всякая речь, т.е. возбуждение может стать "немым". На особенности проявлений двигательного возбуждения оказывает влияние возраст. У детей часто наблюдаются такие особенности, как гримасничание, бег по кругу, однообразное раскачивание корпусом, разбрасывание предметов и т.д. В старческом возрасте

двигательное возбуждение нередко принимает характер суетливой деловитости, проявляющейся поступками, отражающими фрагменты прошлой бытовой деятельности, а речевое возбуждение может ограничиться лишь отдельными стереотипно повторяющимися словами, выкриками или короткими фразами.

Психомоторное возбуждение в сравнительно редких случаях может одно исчерпывать клиническую картину. Обычно оно сочетается с самыми различными психопатологическими расстройствами — аффективными, бредовыми, галлюцинаторными, состояниями помрачения сознания, с различными по глубине состояниями слабоумия. Поэтому при определении характера психомоторного возбуждения его часто квалифицируют в соответствии с психопатологическим состоянием, в структуре которого оно возникает. Так, выделяют маниакальное возбуждение; возбуждение, возникающее при депрессиях, сопровождаемых тревогой и страхом, возбуждение кататоническое, истерическое. Значительно реже при оценке характера возбуждения используется критерий рода болезни или ее нозологической принадлежности — возбуждение органическое сенильное (см. Синдромы психических болезней).

Особенности возбуждения и его видоизменение на протяжении болезни очень часто являются важным критерием прогноза заболевания как в отношении выздоровления, так и в отношении жизни больного.

Гиперкинезий часто сопровождаются неправильными действиями больных по отношению к самим себе (отказ от еды, самоизувечение, самоубийство и т.д.) или к окружающим. По отношению к последним больные могут проявить, в частности, агрессию. Немотивированная агрессия наблюдается почти исключительно у больных с кататоническим возбуждением, чаще на отдаленном этапе болезни, у больных эпилепсией с возбуждением, сопровождающимся сумеречным помрачением сознания или тяжелой дисфорией. Немотивированная агрессия встречается редко. Обычно агрессивные действия являются неадекватной реакцией возбужденных больных на действительные, хотя зачастую и минимальные промахи в словах или в поведении, допускаемые окружающими, прежде всего медицинским персоналом, по отношению к больным.

Чаще двигательное возбуждение ограничено во времени и продолжается минуты-дни. В то же время оно может неоднократно повторяться. В некоторых случаях двигательное возбуждение непрерывно длится недели и месяцы, лишь меняясь в своей интенсивности. Выраженное непрерывное двигательное возбуждение часто сопровождается отчетливыми вегетативными расстройствами и при отсутствии или недостаточности лечебной помощи способно повлечь за собой смерть больного.

Таково, например, возбуждение, сопровождающее Delirium acututn (см. Синдромы психических болезней).

Двигательное торможение (акинезия) — полное исчезновение произвольных и автоматизированных движений — обездвиженность. Если существует неполная обездвиженность или же обездвиженность уменьшается вплоть до полного своего исчезновения при побуждении извне — говорят о гипокинезии. В психиатрии для обозначения состояний акинезии и гипокинезии используются термины "ступор" и "субступор" (см. Синдромы двигательных расстройств). Как правило, эти термины, особенно термин "ступор", сочетаются с определениями, отражающими собой то психопатологическое расстройство, на фоне которого возникает обездвиженность, — депрессивный ступор, галлюцинаторный ступор и т.д. В ряде случаев для характеристики ступора используется определение, отражающее нозологическую природу заболевания — ступор эпилептический, ступор реактивный и т.д. Длительные и интенсивные в своих проявлениях состояния акинезии сопровождаются выраженными соматическими, в первую очередь вегетативными расстройствами, несущими угрозу жизни больного.

Паракинезия (C. Wernicke, 1900). В психиатрии этим термином обозначают:

а) мимические и двигательные реакции больного, не соответствующие данной ситуации; чаще всего подобные расстройства обозначаются термином "манерность";

б) двигательные нарушения в форме стереотипии или же проявляющиеся повторением в той или иной форме речи, движений или поступков окружающих больного лиц — т.н. эхо-симптомы — эхолалия, эхомимия, эхопраксия, эхография (см. Кататонический синдром). Паракинезии чаще всего встречаются при шизофрении, тяжелых степенях олигофрении (имбецильность, идиотия) и деменциях, обусловленных атрофическими процессами.

Особенности нарушений моторики и их видоизменение на протяжении болезни часто служат важным прогностическим критерием.

Расстройства внимания

Внимание — форма организации психической деятельности, обеспечивающая выделение в сознании одних объектов отражения при одновременном отвлечении от других объектов.* Внимание существует

* Энциклопедический словарь медицинских терминов. 1982, т. 1, с. 213.

лишь при наличии бодрствующего сознания. В психологии и психиатрической практике различают два типа внимания: а) активное (выбирающее) внимание, обусловливающееся в своем возникновении и поддержании интеллектуальной, аффективной и волевой активностью и б) пассивное внимание, обусловленное преимущественно внешними явлениями, в частности, свойствами объектов. Оба типа внимания могут сосуществовать и сменять одно другое. Нарушения внимания проявляются его ослаблением (понижением) или, напротив, усилением (оживлением).

ОСЛАБЛЕНИЕ ВНИМАНИЯ (hyporosexia) проявляется ухудшением активного и преобладанием пассивного внимания. Возникает рассеянность — неспособность длительно сосредотачиваться на одной какой-нибудь группе впечатлений, ухудшается способность направлять внимание, которое начинает подчиняться случайным внешним раздражителям или внутренним импульсам, например, какому-нибудь воспоминанию. В качестве отдельных форм ослабленного внимания выделяют раздражительную слабость внимания и утомляемость внимания (С.С.Корсаков, 1901). В первом случае наблюдается легкая изменчивость активного внимания под влиянием внешних и внутренних стимулов. При этом часто внимание "приковывается" к какой-либо одной группе представлений, например, относящихся к навязчивым мыслям. Во втором случае под влиянием непродолжительной умственной работы происходит быстрое ухудшение активного внимания, в связи с чем больной не только не в состоянии читать, писать или слушать, но и испытывает состояние сонливости.

Апрозексия — потеря способности направлять и фиксировать внимание.

УСИЛЕНИЕ (оживление) внимания (hyperprosexia) в психиатрической практике обычно отличается односторонностью. Почти всегда или преимущественно речь идет об усилении пассивного внимания. Часто односторонне усиленное внимание наблюдается при наличии выраженных аффективных расстройств, например, при депрессиях и экстазе. При гипоманиакальных и маниакальных состояниях усиление внимания сопровождается одновременно его неустойчивостью, связанной с повышенной отвлекаемостью. Крайней степенью отвлекаемости внимания является гиперметаморфоз (см. Растерянность).

Расстройства влечений

Влечение — возникающее независимо от сознания субъективное переживание потребности, стимулирующее деятельность чело-

века и придающее ей направленность.* Расстройства влечении проявляются в различных формах.

ИМПУЛЬСИВНЫЕ ВЛЕЧЕНИЯ — неодолимое побуждение к совершению тех или иных действий, полностью овладевающее рассудком с одновременным подавлением любых иных стремлений, представлений, желаний, лишенное объяснения мотивов поступков. Наиболее частая форма расстройств влечений.

Импульсивные влечения могут появляться внезапно и тотчас, как бы автоматически, реализовываться. Так, у больной, идущей по берегу реки и несущей на руках грудного ребенка, внезапно появляется желание бросить ребенка в воду, что она немедленно же и делает. У больной внезапно появляется желание убить отца. Она хватает топор и наносит отцу смертельный удар по голове. Отдельными формами таких влечений могут быть:

1) к о п р о л а л и я — непреодолимое произнесение вслух бранных или нецензурных слов;

2) т р и х о т и л л о м а н и я — непреодолимое стремление вырывать у себя волосы, в первую очередь те, которые образуют волосяной покров головы.

Позже, когда "автоматическое" импульсивное влечение проходит, воспоминание о нем и об обстоятельствах, ему сопутствующих, сохраняются полностью. Обычно внезапно появляющиеся и тотчас реализующиеся импульсивные влечения совершаются больными с органическими заболеваниями головного мозга (энцефалиты, болезнь Пика, прогрессивный паралич), с выраженными личностными изменениями, в частности, с изменениями в эмоциональной сфере. Последние могут проявляться и эмоциональной тупостью, и различными степенями психэстетической пропорции.**

Однако во многих случаях появлению импульсивного влечения предшествует продромальный период, длящийся часы-месяцы, а в некоторых случаях — неопределенно долгие по продолжительности периоды времени. В продроме у больных, как правило, изменяется настроение. Чаще всего появляется субдепрессив'ный аффект. Он сопровождается беспокойством с чувством физического и психического дискомфорта. Ухудшается способность выполнять повседневные обязанности. Значительно реже больные испытывают подъем душевных и физических сил.

* Энциклопедический словарь медицинских терминов. 1982, т. 1, с. 212.

** Психэстетическая пропорция (E.Kraetschmer) — сочетание в различных соотношениях у одного и того же больного повышенной ранимостИу чувствительности с эмоциональной бедностью. I

У них не возникает хорошего, а тем более веселого расположения духа. Настроение определяется ими самими как взбудораженность и сопровождается неуемной, зачастую разбросанной, деятельностью. Одновременно с появлением измененного аффекта или вслед за ним сознание начинает заполняться мыслями и представлениями, содержание которых отражает ту или иную форму импульсивного влечения. В этот период возможна борьба мотивов, попытка противостоять овладевающему влечению. Противоборство возникшему расстройству, понимание его противоестественности, сближают на какое-то время импульсивное влечение с влечением навязчивым. Однако в последующем борьба мотивов исчезает и импульсивное влечение реализуется. В клинических примерах импульсивных влечений встречаются указания на то, что влечение появляется до того, как изменился аффект, или же они возникают одновременно. Тщательный расспрос больных почти всегда позволяет найти прямые или косвенные доказательства первоначально меняющегося настроения. В продромальном периоде могут осуществляться необходимые для реализации импульсивного влечения приготовления, начиная от сравнительно простых, например, приобретения продуктов в случаях дромомании, и кончая сложными, представляющими своего рода церемониал — импульсивные состояния в форме перверзий (см. ниже). Некоторые особенности продрома и его смена реализацией влечения хорошо иллюстрирует следующий пример.

"Еще в феврале, — говорит больной, — у меня явилась идея убить детей. Будучи тогда в состоянии владеть собой, я ощутил какую-то тяжесть под ложечкой, потерял аппетит, даже позабыл о табаке, который был мне более необходим, чем хлеб. Месяцев пять меня преследовала эта мысль; меня точно что-то толкало, я не мог от нее отделаться ни днем, ни ночью, ни на работе. В течение трех ночей и вставал с постели, чтобы убить детей. В первую ночь я выбежал во двор, чтобы выгнать эту мысль; через полчаса я успокоился и лег в постель. На другую ночь я тоже вышел, и, вернувшись зажечь свечу, я взял бритву, расхаживая взад и вперед по комнате, с кровожадностью смотрел на детей; наконец я положил бритву на место и пошел на скотный двор. На третью ночь я несколько раз выходил и снова входил, чтобы покончить: я был совсем готов... Я вошел в комнату детей, держа в одной руке свечу, а в другой заступ... Я посмотрел, в кровати ли сын, его не было. Занавески кровати моих дочерей были откинуты, и я видел, что они в постели. Я подошел, поставил левую ногу на стул, чтобы иметь опору, и начал наносить один Удар за другим по их головам... Они спали, не сделали ни одного движения. Я не знаю, сколько ударов я нанес... Перед убийством я ни о чем не думал, как только о том, чтобы убить и бежать; после я не посмотрел даже на трупы, но почувствовал очень большое облегчение, которое продолжалось до тех пор, пока я не пришел в лес. Тогда я почувствовал упадок сил и закричал: "я погиб-

ший человек". Позднее больной говорил: "Это должно было случиться, я не мог помешать себе сделать это дело — убийство".*

В приведенном наблюдении четко прослеживается этапность развития импульсивного влечения: возникновение влечения сопровождается измененным настроением; раз возникнув, влечение подчиняет себе все мысли и желания больного и, несмотря на его попытки противостоять влечению, реализуется.

Импульсивное влечение проходит внезапно или постепенно. Воспоминания о событиях того периода, когда существовало и реализовывалось влечение, остаются всегда. В одних случаях эти воспоминания отличаются значительной полнотой — вплоть до деталей, и о них рассказывают в последовательной форме; в других — фрагментарны и непоследовательны. В ряде случаев в период импульсивного влечения на высоте его развития, по-видимому, развивается аффективно-суженное сознание.** После реализации импульсивного влечения нередко испытывают чувство резкого душевного облегчения; некоторые больные говорят о появлении душевного покоя. Одновременно может возникнуть упадок физического и психического тонуса. Импульсивные влечения возникают в форме единичного эпизода. В части случаев они повторяются неоднократно и в стереотипной форме.

Дромомания (вагабондаж, пориомания) — импульсивное влечение к бесцельным переменам мест. Возникает преимущественно у лиц детского-среднего возраста. У детей и подростков дромомания может проявиться в непродолжительных (часы-дни) блужданиях или поездках по городу и (или) его с^крестностям, много реже удаляются на значительные от места жительства расстояния. Взрослые способны к пешему или с использованием различного, обычно железнодорожного, транспорта перемещению на значительные расстояния. Во время таких перемещений спят, где придется, и часто едят, что попало, вплоть до пищевых отбросов. Нередко совершают кражи продуктов. Бродяжничество продолжается дни-месяцы. В ряде случаев состояния, сходные с дромоманией, а может быть, и тождественные с ней, возникают у лиц, страдающих ностальгией.*** Чаще всего это встречается у солдат и у лиц, находящихся в местах лишения свободы. Побеги в таких случаях совершаются, как и при дромомании вообще, внезапно, без каких-либо раздумий о возможных последствиях содеянного. Хотя мотивы такого деяния кажутся для стороннего наблюдателя совершенно ясными и понятными, сами лица, совершившие побег с последующим бродяжничеством, часто не в состоянии дать им соответствующее объяснение.

* Корсаков С.С. Курс психиатрии. М, 1901, с. 253—254.

** Сознание аффективно-суженное (сознание суженное) — остро развивающееся резкое ограничение объема сознания с сохранением лишь эмоционально значимых связей с окружающим. (Энциклопедический словарь медицинских терминов, 1984, т. 3, с. 134.)

*** Ностальгия — форма реактивного состояния, обусловленная длительным отрывом от родины и проявляющаяся главным образом депрессивным синдромом. (Энциклопедический словарь медицинских терминов. 1983, т. 2, с. 244.)

Дипсомания (запой истинный) — периодическое неодолимое влечение к пьянству у лиц, не страдающих алкоголизмом. В продроме наряду с аффективными расстройствами часто отмечаются нарушения сна, потеря аппетита, головная боль. Запой может сопровождаться дромоманией, сексуальными эксцессами, имеющими в части случаев признаки, свойственные импульсивным влечениям. По окончании запоя к алкоголю может возникнуть отвращение.

Клептомания — импульсивное влечение к воровству. Среди больных клептоманией преобладают женщины. Кражи лишены корыстных целей. Украденное часто не имеет значительной материальной ценности. Его не используют по назначению, а коллекционируют, выбрасывают, передают какому-либо другому лицу, в том числе (при посредничестве) и бывшим владельцам. В некоторых случаях больные крадут вещи, являющиеся для них фетишами (см. ниже). Клептоманию во многих случаях очень трудно отличить от обычного воровства, вошедшего в привычку. При клептомании центр тяжести падает на сам процесс похищения, который приобретает для индивидуума первостепенное значение.

Пиромания — импульсивное влечение к поджогам. Одни больные, совершив поджог, молчаливо и неподвижно созерцают содеянное; другие находятся в состоянии душевного подъема, вплоть до экстаза; они испытывают прилив сил, сами принимают участие в тушении пожара, делятся своими впечатлениями о событии с окружающими.

Суицидомания, гомицидомания — импульсивное влечение к самоубийству или убийству.

Импульсивные влечения могут проявляться в форме половых извращений.

Садизм (альголагния активная) — половое извращение, при котором половое возбуждение и удовлетворение достигаются в процессе причинения партнеру физической боли.

Мазохизм (альголагния пассивная) — половое извращение, при котором для достижения полового возбуждения и удовлетворения необходимо испытывать физическую боль или моральное унижение, причиняемое партнером.

Ф е т и ш и з м (половой символизм) — половое извращение, при котором половое влечение направлено на какие-либо предметы, чаще детали женского туалета. Для их приобретения в ряде случаев прибегают к изощренным кражам. Украденные предметы (фетиши) могут коллекционироваться.

Э к с г и б и ц и о н и з м — половое извращение, при котором половое удовлетворение достигается обнажением половых органов в присутствии лиц противоположного пола.

Существует значительное число более редко встречающихся половых извращений, проявляющихся в части случаев в форме импульсивных влечений.*

То, что ряд половых извращений может осуществляться в форме импульсивных влечений, иллюстрирует следующий пример.

"У некоторых больных побуждения к такого рода актам являются периодически через определенные промежутки времени совершенно наподобие периодического психоза, вроде запоя. Один больной, о котором пишет проф. Тарновский, устраивал для своего Приступа чрезвычайно сложную обстановку через преданное ему лицо, знавшее его болезнь. Заранее нанималась отдельная квартира, в которой помещалась проститутка в виде госпожи и при ней кухарка и горничная из ее же товарок. Начинался приступ. Больной, не видевший никого из подготовленных лиц, являлся в указанную квартиру, где его раздевали, подвергали всевозможным насилиям в половом отношении, онанировали, секли и т.п. — все в известном порядке и согласно сделанным указаниям. Больной, по-видимому, сопротивлялся, бранился, сердился, просил прощения, но тем не менее исполнял все требования. Затем ему давали что-нибудь поесть, приказывали лечь спать, несмотря на протесты, били его, если он не слушался. Так продолжалось несколько дней. Когда приступ кончался, что узнавало по некоторым признакам доверенное лицо, издали наблюдавшее за больным, но не показывавшееся ему, больного выпускали. Через несколько дней он являлся к своей семье, жене и детям, не подозревавшим о его болезни. Умный, очень образованный, деловой, богатый, он всегда находил основательные предлоги для исчезновения во время приступа, повторявшегося иногда и два раза в год".**

Импульсивные влечения в ряде случаев проявляются в таких формах, как писание анонимных писем, содержанием которых являются оговор, самооговор, темы сексуального характера и т.д. В некоторых случаях к импульсивным влечениям близко стоят такие явления, как страсть

* Крафт-Эбинг Р.В. Половая психопатия. Перевод с тринадцатого изда^ния. СПб, 1909,428с.

** Корсаков С.С. Курс психиатрии. М., 1901, с. 273—274.

к коллекционированию, сбор и накопление всякого хлама — симптом 0лК>шкина(А.В.Снежневский, 1983), неудержимая потребность принимать участие в таких азартных играх, как тотализатор, карты и т.д.

Импульсивные влечения почти всегда возникают на фоне личностных отклонений, преимущественно психопатического или психопатоподобного характера. Выявлению импульсивных влечений способствует состояние алкогольного опьянения.

К сравнительно частым расстройствам влечений относятся отдельные формы, при которых ПАТОЛОГИЧЕСКИ ПОНИЖЕНО, ПОВЫШЕНО или ИЗВРАЩЕНО ВЛЕЧЕНИЕ К ЕДЕ.

А н о р е к с и я — понижение или полное отсутствие влечения к пище с соответствующим изменением чувства голода.

А н о р е к с и я н е р в н а я (anorexia nervosa) — целеустремленное желание к похуданию, обусловленное дисморфоманией или дисморфофобией. Наблюдается преимущественно у девушек.

А н о р е к с и я п с и х и ч е с к а я — резкое снижение или утрата чувства голода, обусловленная выраженными психическими расстройствами (депрессия, кататония, бред).

Б у л и м и я (sitiomania) — чрезмерное влечение к еде; наблюдается при некоторых продуктивных психопатологических состояниях (гипомания, мания), эндокринных расстройствах, слабоумии.

И з в р а щ е н и е в л е ч е н и я к п и щ е — стремление употреблять несъедобные продукты: землю, песок, уголь и т.д. Формой извращения влечения к пище является копрофагия — поедание кала, а также глотание спермы, в части случаев питье мочи.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОЛОВОГО ВЛЕЧЕНИЯ проявляется его снижением, повышением или же извращением (см. выше).

Расстройства речи

Выделяют две основные формы нарушений устной речи: а) формы, обусловленные психическими расстройствами (аффектом, бредом, помрачением сознания и т.д.) и б) формы, обусловленные органическим поражением мозга, при которых страдают в первую очередь сензорно-моторные "инструменты" речи. Иногда выделяют также нарушения речи, обусловленные невротическими состояниями.

РАССТРОЙСТВА РЕЧИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ, касаются ее темпа (скорости), дикции, грамматического строя и содержания.

Речь ускоренная. Легкая степень ускоренной речи в одних случаях проявляется просто многословием; в других она перемежается поговорками, каламбурами, афоризмами, метафорами и цитатами, заимствованными из литературных произведений, что делает речь более образной и выразительной. Последовательность и смысл высказываний при этом явно не страдают. При выраженном ускорении речи не успевают закончить начатую мысль, фразы обрываются, темы высказываний беспрерывно меняются, а сама речь становится отрывочной и нередко прерывается вопросами, на которые не ждут ответа, продолжая говорить свое. Речь может перемежаться смехом, выкриками, свистом, пением и т.п. Смысл высказываний и их последовательность нарушаются при этом всегда. Дальнейшее ускорение речи приводит к тому, что высказывания начинают представлять собою разрозненные по смыслу фразы, состоять из отдельных слов и, наконец, могут появиться обрывки слов или нечленораздельные звуки.

При замедленной речи спонтанные высказывания уменьшаются в числе. Беднеет словарный запас, упрощается грамматический строй фраз. В ряде случаев начинают отвечать односложно — "да", "нет" и т.п. Спонтанная речь может исчезнуть совсем — мутизм (см. ниже).

Нарушение дикции проявляется усилением силы звука до крика или, напротив, его ослаблением до шепота. В зависимости от аффективных и других расстройств, появляется театральная, высокопарная, патетическая речь или, напротив, речь стонущая, причитающая. Изменения дикции речи зависят от акцентов, делаемых на отдельных словах или фразах, от появления несвойственных данному лицу интонаций, например, при пуэрильной речи (см. ниже). Особенности дикции проявляются в таких/оттенках речи, когда в ней звучат уверенность, безапелляционность, уклончивость, недомолвки, слащавость, умиленность, приниженность, недоумение, тревога и т.д.

Нарушения грамматического строя и содержания высказываний обычно не представляют собой изолированного расстройства. Во многих случаях они тесно связаны с ритмом речи и дикцией.

Выделяют следующие формы нарушений речи.

Брадифазия — общее название для всех случаев замедленной речи.

Вербигерация (речь стереотипная)—однообразное повторение или выкрикивание одних и тех же коротких фраз, слов или междометий.

Вербигерация тревожная — однообразное повторение или выкрикивание коротких фраз, слов или междометий, имеющих депрессивное содержание: "отправьте меня в крематорий", "страшно, страшно, страшно; умираю, умираю" и т.д.; "ой, ой, ой" и т.д.

Глоссолалия (P.Marchais, 1970) (криптолалия) — создание больным собственного языка, в котором преобладающее место занимают неологизмы. У каждого больного словарь и синтаксис являются постоянными, что позволяет в определенной мере понять то, что они говорят.

Логорея (полифразия, речевое недержание) — быстрая, многословная речь; может сопровождаться бессвязностью содержания.

Мимоговорение (миморечь) — ответы больных находятся вне связи с задаваемыми им вопросами; иногда не к месту ответы включают отдельные слова вопроса.

Монолог — непрерывная речь, обращенная к собеседнику, но обусловленная прежде всего внутренним состоянием больного, а не потребностью в обмене мнениями. При монологе могут совсем не обращать внимание на задаваемые вопросы и продолжают говорить свое. Монолог может состоять из правильно произносимых слов, объединяемых синтаксически, но может состоять в значительной степени из осколков слов, парафазии (вербальных и литеральных), сопровождаться логоглонией и нарушением синтаксиса (болезнь Альцгеймера). Если монолог является постоянной формой речи — это достоверный признак хронического, сопровождаемого негативными симптомами психического заболевания.

Мутизм —отсутствие словесного общения с окружающими при сохранности речевого аппарата.

Мутизм избирательный — отсутствие словесного общения при разговоре на определенные темы, в определенных ситуациях или в отношении отдельных лиц.

Мутизм истерический — отсутствие речевого общения, сочетающееся с выразительной или гиперэкспрессивной мимикой и движениями.

Неологизм — новое слово, создаваемое самим больным и понятное только ему.

Неологизм активный (J.Seglas, 1892) — слово или слова, имеющие для больного определенный смысл и используемые им для речевого или письменного общения.

Неологизм пассивный (J.Seglas, 1892) — слово или слова, основу которых составляют прежде всего звуковые элементы, а не смысловое значение; используются обычно в качестве ритуала.

Речевая бессвязность (речевая инкогерентность, речевая спутанность, словесная окрошка, словесный салат) — бессмысленный набор слов, лишенный грамматического строя.

Речевой напор (Rededfatig) не Имеет среди психиатров однозначного определения; это а) патологическое речевое возбуждение, при котором больной ощущает непрерывную потребность говорить и не может прекратить свои многословные высказывания;* б) повышенная речевая активность, сопровождающаяся ускорением речи, многословием, трудностью остановиться или же переключить свои высказывания на другую тему; возможность получить от больного ответы на задаваемые ему вопросы затруднена или просто невозможна; в) насильственное, непрерывное речевое возбуждение. Последнее Определение принадлежит K.Iaspers'y (1913) и E.Bleuler'y (1916). Они иллюстрируют эту форму речевого нарушения ссылкой на описание В .Х.Кандинского.

"Вдруг Долинин чувствует, что язык его начинает действовать не только помимо его воли, но даже наперекор ей, вслух и при этом очень быстро* выбалтывая то, что никоим образом не должно было бы высказываться. В первый момент больного поразил изумлением и страхом лишь самый факт такого необыкновенного явления: вдруг, с полной осязательностью, почувствовать в себе заведенную куклу — само по себе довольно неприятно. Но, разобрав смысл того, что начал болтать его язык, больной поразился еще большим ужасом, ибо оказалось, что он, Долинин, открыто признавался в тяжких государственных преступлениях, между прочим, возводя на себя замыслы, которых он никогда не имел. Тем не менее, воля оказалась бессильною задержать внезапно получивший автономию язык; и так как нужно было всетаки извернуться так, чтобы окружающие естественным путем (т.е. своими ушами) не могли ничего услыхать, то Долинин поспешно ушел в сортир, где, к счастью eroVtm то время никого не было, и там переждал пароксизм непроизвольного болтания, усиливаясь, по крайней мере, болтать немного".**

Данное расстройство после В.Х.Кандинского было детально описано J.Seglas'oM***, обозначившим его термином "моторные вербальные галлюцинации" и "словесная импульсивность" (impulsions verbales). Позже (1895)**** J.Seglas обозначил это расстройство термином "психомоторные галлюцинации", ставшим со временем эпонимическим ^— Seglas'a психомоторные галлюцинации.

Речь зеркальная — произнесение слов (читаемых, слышимых, возникающих спонтанно) с конца.

* Энциклопедический словарь медицинских терминов, 1984, т. III, с. 52.

** Цитировано по Осипову В.П. Курс общего учения о душевных болезнях, 1923, с. 367.

*** J.Seglas. Les troubes du langage chez les abienes. Paris, 1892, c. 182.

**** J.Seglas. Lecons cliniques sur les maladies mentales. Paris, 1895, c. 572.

Речь манерная (речь вычурная) — использование в высказываниях необычных, малопонятных или же не подходящих по смыслу слов.

Речь олигофазичная (олигофазия) — медленная, монотонная, грамматически упрощенная и бедная словами речь.

Речь пуэрильная — использование взрослым слов и речевых оборотов, свойственных детям: употребление уменьшительных слов, сюсюканье, картавость, упрощенный или искаженный грамматический строй фраз, упоминание о себе в третьем лице.

Речь резонерская — преобладание в высказываниях пространных, отвлеченных, мало- или бессодержательных рассуждений; логические связи заменяются словесными отношениями; отмечается склонность использовать поверхностные аналогии, софизмы (ложные умозаключения, формально кажущиеся правильными), желание доказывать, часто с оттенком поучения.

Речь рефлекторная (J.Seglas, 1903) — автоматические ответы банального содержания, отражающие в стереотипной форме отдельные факты обыденной жизни прошлого; своим содержанием такая речь может в какой-то степени соответствовать задаваемому вопросу, чаще же это соответствие отсутствует полностью.

Речь рифмованная — ускоренная речь с обильным использованием в ущерб содержанию созвучных слов.

Речь слащавая— замедленная речь с употреблением уменьшительных форм слов, шаблонных оборотов, в которых много определений, содержащих положительную аффективную оценку "милый, хороший, дорогой" и т.д.

Речь телеграфная состоит из коротких или отрывочных фраз, в которых отсутствуют предлоги и союзы.

Речь эхолалическая (эхолалия) — автоматическое однократное или многократное (эхопалилалия) повторение отдельных слов или фраз (эхофразия), услышанных от окружающих.

Шизофазия (речь шизофазическая) — форма разорванной речи: лишенный смысла набор слов объединяется в грамматически правильно построенные фразы.

РАССТРОЙСТВА РЕЧИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ОРГАНИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

Акатафазия — употребление сходных по звучанию, но не подходящих по смыслу слов.

Афазия — наруяшение речи с полной или частичной утратой возможности понимать чужую речь или пользоваться словами и фразами

для выражения собственных мыслей; артикуляционный аппарат и слух остаются сохранными.

Афазия амнестическая (афазия номинативная) — нарушение способности называть предметы при сохранении возможности их описать. Начальным проявлением амнестической афазии является нарушение способности называть пальцы рук (А.В.Снежневский, 1949).

Афазия моторная (афазия экспрессивная, афазия Брока) — нарушение моторной активности речи при сохранении понимания устной и письменной речи.

Афазия сензорная (афазия семантическая) — нарушение понимания речи.

Дизартрия (речь дизартрическая) — расстройство артикуляции с неясным произношением (смазанная, спотыкающаяся речь), замедленностью или прерывистостью речи.

Жаргонафазия — разновидность сензорной афазии с бессвязностью речи, многословностью и обилием парафазии — литеральных и вербальных.

Логоклония — судорожное, прерывистое, многократное повторение отдельных слогов или междометий: "та, та, та, та" и т.д.

Палилалия — многократное повторение последнего слога в слове или последнего слова в предложении.

Парафазия — искажение отдельных элементов речи при афазии: нарушение порядка слов в предложении, замена отдельных слов или звуков на неправильные.

Парафавия вербальная — замена слов другими, обычно близкими по звуковой характеристике, но не имеющими отношения к смыслу речи.

Парафазия литеральная — пропуск, замена, перестановка или повторение отдельных звуков в словах.

Речь скандированная — медленная речь с раздельно произносимыми слогами и словами.

НЕВРОТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО РЕЧИ.

Афония — отсутствие звучности голоса при сохранности шепотной речи.*

Афония психогенная — вызванная психической травмой афония. Разновидностью психогенной афонии является истерическая афония.

* Энциклопедический словарь медицинских терминов. 1982, т. III, с. 108.

Заикание — расстройство плавности речи с возникновением непроизвольных задержек произнесения отдельных звуков и слогов или их повторением.

Расстройства сна

Данный психопатологический симптом постоянно встречается при самых различных психических болезнях — самых легких, относящихся к пограничной психиатрии, и наиболее тяжелых — психозах и состояниях слабоумия. При тех и других расстройства сна возникают в дебютах (экзогенные типы реакции различного генеза, приступообразно развивающиеся эндогенные психозы и др.), в периоде полного развития болезни (депрессивные, галлюцинаторно-бредовые психозы, различные ослабоумливающие процессы второй половины жизни и старости), при выздоровлении. В последнем случае очень часто, особенно при аффективных психозах, нарушения сна исчезают последними. Расстраиваются все компоненты сна: засыпание, глубина сна, его продолжительность, пробуждение. Наблюдаются извращения ритма сна — бодрствования. Часто расстройства сна сопровождаются сновидениями, различными по содержанию, цветовой и аффективной окраске, а также вегетативными симптомами.

Выделяют два основных типа расстройства сна — повышенную сонливость (гиперсомнию) и бессонницу.

ГИПЕРСОМНИЯ колеблется в своей интенсивности от легкой сомнолентности до летаргии.* Встречается прерывистая и непрерывная гиперсомния. Первая возникает приступами и продолжается секунды-минуты; вторая длится часы-месяцы. Гиперсомния встречается преимущественно при психических болезнях экзогенно-органического генеза. Гиперсомния, появляющаяся среди казалось бы полного здоровья и нарастающая в своей глубине, всегда является признаком тяжелого органического поражения головного мозга (опухоль, энцефалиты, сифилитические гуммы), выраженных нарушений обмена веществ в организме (азотемия, диабетический ацидоз и т.д.), тяжелых инфекционных болезней (трипаносомозы и т.д.).

БЕССОННИЦА лишь изредка бывает полной. Чаще всего при бессоннице нарушаются один или несколько ее компонентов. Сон при бес-

* Летаргия — глубокий, непреодолимый, ненормальной продолжительности сон; сопровождается ослаблением всех проявлений жизни: обездвиженностью, значительным понижением обмена веществ, ослаблением или отсутствием реакций на внешние раздражители.

соннице может расстраиваться во всех периодах: при засыпании, в период собственно сна, при пробуждении. Чаще всего встречается нарушение засыпания. Оно способно растягиваться на неопределенно долгое время. Нередко засыпают лишь во вторую половину ночи и даже под утро. При нарушении засыпания могут возникать гипнагогические зрительные и слуховые галлюцинации и псевдогаллюцинации, ментизм, навязчивости тягостного содержания, явления моноидеизма, например, депрессивного, катаплектоподобные состояния (катаплексия засыпания).* В других случаях быстро наступает глубокий сон, сменяющийся через несколько часов пробуждением, после которого не могут более заснуть. В случаях прерывистого сна среди ночи происходит неоднократное пробуждение, сменяющееся через различные промежутки времени засыпанием. Нередко пробуждения среди ночи сопровождаются чувством тревоги, страхом, вегетативными расстройствами (холодный пот, сердцебиение, ощущение нехватки воздуха и т.п.). У детей ночное пробуждение может сопровождаться резким страхом, криками, слезами, неузнаванием окружающего. В этих случаях говорят о ночном страхе —pavor nocturnus. Нозологическая оценка данного расстройства неоднозначна. К расстройству ночного сна относится и наблюдаемый преимущественно у детей сомнамбулизм (лунатизм, снохождение)— автоматическое блуждание с сохранением возможности выполнять простые автоматизированные двигательные акты — одеться и раздеться, закрыть или открыть окно и т.п. Через некоторое время больной может сам лечь в постель и продолжать спать. Эпизод сопровождается полной амнезией. В периоде пробуждения, нарушения сна в части случаев сопровождаются катаплексией пробуждения** и патологическимпросоночным состоянием — опьянение сном (см. Синдромы психических болезней). Очень часто бессонница проявляется уменьшением глубины сна. Сон становится поверхностным, как бы промежуточным состоянием между сном и бодрствованием. Больные дремлют, смутно слыша то, что происходит вокруг. Обычно неглубокий сон сопровождается множеством сновидений, которые в зависимости от природы психической болезни имеют в ряде случаев специфическое содержание. Так, при черепно-мозговых травмах взрывной волной, полученных в условиях боя, в сновидениях больных отражается в кошмарной форме пережитая боевая обстановка. При эпилепсии очень часто встречаются сны, для которых характерна чувственная яркость, обычно тягостное или устрашающее содержание, окраска в красный или близкие к нему цвета, наличие депрессивного аффекта или страха (см. Припадки). Хорошо известны кошмарные сновидения, встречающиеся у больных алкоголизмом в состоянии похмелья и во время делирия. У больных реактивными психозами в сновидениях возникают картины, относящиеся к психической травме. Нередко содержанием сновидений становятся наблюдаемые у больного в бодрствующем состоянии психопатологические расстройства — бред, галлюцинации, страх, тоска. Подобные сновидения больные в ряде случаев не в состоянии отличить от психопатологических расстройств, существующих наяву. Сновидения, отражающие психопаталогические расстройства, могут оставаться и тогда, когда последние уже исчезли. К бессоннице относится утрата чувства сна. Несмотря на существование объективно констатируемого ночного сна, такие больные утверждают, что не чувствуют себя выспавшимися, т.к. не спали всю ночь. Чаще всего подобное расстройство встречается при депрессиях. Бессонница может проявляться извращением ритма сна — бессонницей в ночное время и сонливостью днем — алкогольные энцефалопатии, апатический ступор, некоторые состояния слабоумия.

* Каталлексия засыпания — непродолжительные состояния обездвиженности, возникающие при засыпании в состояниях, промежуточных между сном и бодрствованием. Часто сопровождаются аффектами тревоги или страха.

** Катаплексия пробуждения — тягостно переживаемое состояние обездвиженности при пробуждении, сопровождаемое пониманием необычное^ти своего состояния.

Улучшение психического состояния без одновременной нормализации сна — свидетельство неполного выздоровления; а в случаях, когда болезнь протекает в форме приступов — предвестник возможного возврата существовавших ранее психических расстройств. Улучшение сна или его полная нормализация без одновременного улучшения психического состояния может свидетельствовать о неблагоприятном дальнейшем развитии психической болезни.

БИБЛИОГРАФИЯ

Сенестопатии

Гутенкова Т.С. Психопатология и динамика сенестопатий при шизофрении. Журн. невропат, и психиатр. № 12, 1979, с. 1703.

Прокопочкин А.А., Шапкин Ю.А., Шумский Н.Г. Клиника и лечение вялотекущей шизофрении с сенестопатическими депрессивными расстройствами. Журн. невропат, и психиатр. № 5, 1988. с. 82.

Ротштейн Г.А. Ипохондрическая шизофрения. М., 1961. 136 с. Библ.

Скворцов К.А. Особенности телесных ощущений при шизофрении. Совр. невропат., психиатр, и психогигиена. № 5, 1935. с. 69.

Скворцов К.А. Сенестопатический синдром во внутренней и психиатрических клиниках. Журн. невропат, и психиатр. № 11, 1964, с. 1671.

Снежневскип А.В. Общая психопатология. Валдай, 1970, с. 39.

Эглитис И.Р. Сенестопатии. Рига, 1977, 184 с. Библ.

Психосенсорные расстройства

Меграбян А.А. Общая психопатология. М., 1972, с. 15.

Меерович Р.И. Расстройства "схемы тела" при психических заболеваниях. Л., 1948, с. Библ.

Ровинская С.А. Характеристика нарушений схемы тела при диэнцефально-стволовых поражениях инфекционного генеза. Журн. невропат, и психиатр. № 12, 1968, с. 1788.

Снежневскип А.В. Общая психопатология. Валдай, 1970, с. 40.

Столярова Л.Г., Сидоровский М,Д. К вопросу о нарушении схемы тела. Сов. медиц. № 3, 1964, с. 99.

Расстройства самосознания

Башина В.М. Особенности деперсонализационных расстройств у больных шизофренией детей. Журн. невропат, и психиатр. № 10, 1978, с. 1517. Библ.

Беззубова Е.Б. Клинические особенности этапов формирования депсрсона/шзации в подростковом возрасте. Журн. невропат, и психиатр. № 11, 1^85. с. 1680.

Беззубова Е.Б. Клинические особенности витальной деперсонализации. Журн. невропат, и психиатр. № 7, 1991, с. 83.

Коркина М.В., Цивилько М.А., Коссова Е.А. К вопросу о нозологическом видоизменении синдрома деперсонализации-дереализации. В кн.: Нозологическое видоизменение психопатологических синдромов. Душанбе, 1974, с. 25.

Смулевич А.Б., Воробьев В.Ю. Деперсонализация. Клинико-психопатологические аспекты по данным зарубежной литературы. Журн. невропат, и психиатр. № 8, 1973, с. 1242. Библ.

Фридман Б.Д. К учению о деперсонализации. В кн.: Труды психиатрической клиники I ММИ. Вып. IV, М.—Л., 1934, с. 48.

См. также деперсонализационно-дереализационный синдром.

Навязчивые состояния

Гшдикин В.Я. Синдром навязчивостей в структуре психопатий и психопатоподобных состояний. Обзор литературы. Журн. невропат, и психиатр. № 5, 1977, с. 754. Библ.

;

Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. Берлин, 1923, с. 255. Библ.

Свядощ А.М. Неврозы. 2-е изд. М., 1982, 368 с. Библ.

Снежневский А.В. Общая психопатология. Валдай, 1970, с. 64.

См. также обсессивный синдром.

Иллюзии и галлюцинации

Гиляровский В.А. Учение о галлюцинациях. Изд. АМН СССР. М., 1949, 198 с.

Корсунский СМ. К психопатологии вербальных галлюцинаций. Современная невропатол., психиатр, и психогиг. 1936, № 7. с. 1246.

Попов Е.А. Материалы к клинике и патогенезу галлюцинаций. Харьков. Центр, психоневрологич. ин-т, 1941, с. 270.

Рончевский С.П. Вопросы патофизиологии и клиники галлюцинаций. Л., 1941.

Сумбаев И.С. О разграничении основных видов галлюцинаций. — В кн.: Проблемы общей психопатологии. Иркутск, 1958, вып. 2, с. 103.

Ушаков Г.К. Семиология галлюциноидов и систематика галлюцинаций. Журн. невропатол. и психиатр, им.С.С.Корсакова, 1969, № 7, с. 1051.

Фатьянов М.И. Иллюзии. Опыт систематики. — В кн.: Вопросы общей психопатологии. М., 1976, с. 12.

Шостакович В.В. К клинике и систематике галлюцинаций. — Журн. соврем, психоневрол., 1935, *4*—5, с. 160.

См. также библиографию в разделе, относящемся к синдрому Кандинского—Клерамбо.

Сверхценные идеи

Аменицкий Д.А. К вопросу о сверхценных и навязчивых идеях. Невропатология и психиатрия. Т. VII, вып. 3, 1938, с. 150.

Дубницкий Л.Б. О сверхценных идеях (Обзор). Мед. реферат, журнал. Раздел 14, 1975, №9, с. КБибл.

Иванов Н.В., Калинина Н.И. О месте сверхценных идей в семиотике психических заболеваний. В кн.: Проблемы психоневрологии (МОЛМИ-1). М., 1969, с. 319.

Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста (Руководство для врачей). М., 1979, с. 90.

Морозов В.М. К вопросу о сверхценных идеях. Труды психиатрической клиники 1 ММИ. Вып. IV. М.-Л., 1934, с. 338.

Степанова Л.Н. Сверхценные и бредовые образования при психопатиях. В кн.: Вопросы судебной психиатрии. М., 1969, с. 53.

Шостакович Б.В. О сверхценных идеях (опыт анализа кверуляторных идей психопатов и больных шизофренией). В кн.: Вопросы психиатрии. Вып. !• Алма-Ата, 1968, с. 200.

Бред

Аккерман В.И. Механизм шизофренического первичного бреда (клинико-психопатологическое исследование). Иркутск, 1936. 136 с. Библ.

Вайсфельд М.И. Первичный и вторичный бред. В кн.: Труды ин-та им. П.Б.Ганнушкина. Вып. 5, 1940, с. 612.

Брано М.С. Об особенностях бреда при шизофрении у детей. В кн.: Труды ин-та психиатрии МЗ РСФСР. Т. 66. М., 1973, с. 53. Библ.

Дементьева Н.Ф, К понятию "чувственный бред". Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. Т. 67. М., 1974, с. 55. Библ.

Киндрас Г. П. Некоторые клинические и психопатологические данные о бреде воображения. Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. Т. 67, М., 1974, с. 65. Библ.

Смулевич А.Б. О клиническом значении содержания (темы) бреда. Журн. невропат, и психиатр. № 12, 1965, с. 1824. Библ.

Штернберг Э.Я., Пятницкий А.Н., Концевой В.А. О так называемом бреде малого размаха. Журн. невропат, и психиатр. № 4, 1979, с. 438. Библ.

См. также галлюцинаторно-бредовые синдромы.

Расстройства памяти

Гоянт Р.Я. О расстройствах памяти. Биомедгиз, Ленинградское отд.^ 1935, 134с.

Будза В.Г. Клинико-психопатологические данные о расстройствах памяти при пресенильных деменциях. Журн. невропат, и психиатр. № 4, 1971, с. 602. Библ.

Лурия А.Л. Нарушения памяти при локальных поражениях мозга. Вопросы психологии № 4, 1973, с. 109.

Меграбян А.А. Общая психопатология. М., 1972, с. 51. Библ.

Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. Берлин, 1923, с. 207\£ибл.

Попова Л. Т. Память и ее нарушения при очаговых поражениях мозга. М., 1972,208с. Библ.

Рибо Т. Память в ее нормальном и болезненном состоянии. Перевод с франц. СПб., 1894, 224 с.

Снежневский А.В. Общая психопатология. Валдай, 1970, с. 82.

См. также органический психосиндром, Корсаковский синдром.

Расстройства внимания

Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. Берлин, 1923, с. 137—139.

ГЛАВА II

СИНДРОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

Синдром (симптомокомплекс) — обусловленное общим патогенезом устойчивое сочетание взаимосвязанных позитивных и негативных симптомов.

"Распознавание любой болезни, в том числе психической, начинается с симптома. Однако симптом — признак многозначный, и на его основании диагностировать болезнь невозможно. Отдельный симптом приобретает диагностическое значение только в совокупности и взаимосвязи с остальными симптомами, то есть в симптомокомплексе — синдроме" (А.В.Снежневский, 1983). Диагностическое значение синдрома обусловлено тем, что входящие в него симптомы находятся в закономерной внутренней связи. Любой психической болезни свойственны определенные, видоизменяющиеся и сменяющиеся с течением времени в определенной для каждой болезни последовательности синдромы.

Несомненно, что диагноз болезни имеет первостепенное значение в практической деятельности врача любой специальности. Ведь от правильности и точности диагноза зависит лечение. Эта мысль проста и понятна каждому, кто заинтересован в судьбе больного. Не случайно диагнозу с давних пор придают такое важное, точнее, огромное значение. Умение правильно диагностировать болезни обеспечивает и успех практической деятельности врача, и то доверие, которое испытывают к нему больные, и, наконец, ту пользу, которую врач приносит своею профессиональной деятельностью.

В вопросе необходимости постановки правильного нозологического диагноза психиатрия, как и всякая медицинская дисциплина, конечно, не составляет исключения. Однако введение в терапию психических болезней психофармакологических средств определенным образом повлияло на отношение психиатров к диагнозу болезни. "Как стало очевидным, при определении показаний для того или иного метода терапии речь может идти не столько о лечении "нозологических единиц" в

смысле классической психиатрии Крепелина, сколько о направлении терапевтических усилий на так называемые "симптомы-мишени". При этом оказалось несущественным, в какой общей клинической картине эти симптомы фигурируют" (H.J.Weitbrecht, 1970)*. К мысли о том, что лечение психически больных психотропными средствами несомненно скажется на отношении психиатров к вопросу о специфичности большинства синдромов и состояний, а также к нозологической системе E.Кгаере-Нп'а, французские психиатры пришли очень скоро после того, как в качестве лечебного средства был введен ларгактил** (Delay J., 1956).

Повседневный практический опыт свидетельствует, что психиатры относят к "симптомам-мишеням" не только или, точнее, не столько простые симптомы, сколько симптомокомплексы. Поэтому при назначении терапии в первую очередь производится определение психического статуса больного, оценка которого идет по линии выявления существующего в данное время синдрома. О том, что синдромальная оценка психических болезней всегда учитывалась психиатрами, могут свидетельствовать слова П.Б.Ганнушкина (1928): "До сих пор мы знали лишь два направления в клинической психиатрии: направление симптоматологическое и нозологическое; будущее, конечно, только за нозологическим направлением, хотя нужно сказать, и симптоматологическое еще не сказало своего последнего слова. Об этом свидетельствует эволюция Крепелина, который всю свою жизнь боролся с этим направлением и создал направление нозологическое; в одной из последних своих работ (1920) о формах проявления душевных заболеваний он определенно уже не полемизирует, а в значительной мере поддерживает точку зрения A.E.Hoche (1912) о громадном значении и важности симптомокомплексов — с тою, конечно, поправкой, что все эти симптомокомплексы, все эти синдромы должны рассматриваться как проявления той или другой нозологической формы". Лечение психически больных психофармакологическими средствами подтвердило правильность слов, высказанных более полувека тому назад. Совершенно неслучайно в отечественных учебных пособиях по психиатрии — справочниках,, учебниках, руководствах — синдромам психических болезней уделяется все большее и большее место.

* Вайтбрехт Х.И. Значение диагностики депрессивных синдромов. В кн.: Депрессии. Вопросы клиники, психопатологии терапии. — В кн.: Доклады, представленные на симпозиуме, проходившем 10—12 сентября 1970 г. в г. Москва. Москва-Базель, с. 7—8.

** Впоследствии этот препарат получил распространение под названиями хлорпромазин, аминазин и др.

ИСТОРИЯ УЧЕНИЯ О СИНДРОМАХ

Термин "симптомокомплекс" в психиатрию ввел в 1863 г. fC.Kahlbaum. Он не привел его определения, хотя без особого сомнения можно полагать, что он достаточно хорошо представлял себе, о чем идет речь, если судить по контексту данной его работы, завершившейся через девять лет выделением кататонии. Последняя представляла, пожалуй, первый и вместе с тем описанный с исчерпывающей полнотой психиатрический синдром в современном смысле этого слова. Вот почему это, без преувеличения, классическое описание клинических проявлений кататонии, сделанное К.КаЫЬаит'ом, сохранило свое значение вплоть до наших дней.* В основу выделения кататонии K.Kahlbaum положил не только синдромологический подход, но и принцип "психиатрии течения".

Первое определение симптомокомплекса в психиатрии принадлежит H.Emminghaus'y (1978). Он считал, что симптомокомплекс представляет "патологическую единицу более высокого порядка", состоит из "элементарных аномалий аффективности, воли, представлений" (Э.Я.Штернберг, 1974), т.е. из нескольких симптомов.

Однако развитие учения о синдромах в психиатрии возникло задолго до того, как был сформулирован столь важный для нее термин. Уже с начала XIX века в изучении психических болезней наметились направления, способствующие развитию учения о синдромах. Ими были: 1) изучение психических болезней в аспекте их течения, позволяющее проследить закономерности развития патологического процесса; 2) стремление выделить такие психопатологические нарушения, которые являлись бы надежными показателями тенденций видоизменения болезни, в частности, тенденций ее поступательного развития. Первое из этих положений нашло свое отражение в сформулированных J.E.Esquirol'eM (1816) "ведущих принципах" изучения психических болезней: 1) анализ симптомов, характерных именно для этой болезни; 2) поиск причины болезни; 3) стремление проследить ее развитие и различные формы исходов (terminaisons); 4) постановка вопросов терапии. Динамический подход в изучении психических болезней, учитывающий свойственные каждой из них "ход и развитие" (la marche et 1'evolution de la maladie) — J.P.Falret, дополняет учением о "типах психических расстройств"

* Сам K.Kahlbaum считал кататонию отдельной болезнью. Среди последующих исследований, показавших, что кататония представляет собой лишь синдром, наибольшей логикой клинических фактов отличается работа В.П.Сербского "Формы психического расстройства, описываемые под именем кататонии". М,, 1890.

(1854). Тип, согласно J.P.Falret'y, это сочетание определенных психо4 патологических нарушений в их динамике. Примером типа может считаться, например, выделенный J.P.Falret'oM циркулярный психоз (1851).

Выявившиеся во Франции тенденции изучения психических болезней нашли в Германии свое выражение в концепции единого психоза — учении об универсальных проявлениях и закономерностях развития расстройств психической деятельности. Создатели, концепции единого психоза E.Zeller (1838) и W.Griesinger (1845) полагали, что различные формы психических болезней (помешательства) представляют собой лишь стадии одного болезненного процесса, который может остановиться на любом этапе своего развития или же способен прогрессировать и видоизменяться. Во всех случаях начальными проявлениями являются меланхолия, которую в последующем могут сменить мания, стадия аффективно-бредовых нарушений (Wahnsinn), стадия галлюцинаторно-бредовых расстройств (Verrucktcheit) и, наконец, заключительная стадия упадка психической деятельности — деменция. В концепции единого психоза был сформулирован не только общий для психических болезней (в первую очередь эндогенных) стереотип развития психических расстройств. E.Zeller и W.Griesinger первыми отметили необходимость изучения психопатологических нарушений исходя из степени их тяжести. Выделенные стадии единого психоза не являлись, конечно, синдромами. Это были "основные формы" психических расстройств. Каждая из этих форм включала в себя различные синдромы. Их объединял в известной степени относительно общий уровень поражения. Однако именно эти основные формы являлись в последующем и в немецкой, и в отечественной психиатрии основой для выделения синдромов в современном их понимании.

Начиная с 80-х гг. ЖХ века и немецкими, и отечественными психиатрами было предпринято интенсивное изучение вариантов основных форм психических расстройств — меланхолии, мании и паранойи, к которым были далее причислены также аменция (Th.Meynert, 1890) и везании (С.С.Корсаков, 1901). Выделенные в то время варианты основных форм во многом уже могут быть соотнесены с теми синдромами, которые существуют в настоящее время. Особенность исследований по расчленению основных форм на отдельные варианты — преимущественно статическое их описание, наиболее характерно для немецкой психиатрии.

В противоположность немецким, отечественные психиатры, в первую очередь те, что принадлежали к московской школе (С.С.Корсаков, В.П.Сербский и др.) стремились изучать основные формы психозов и их варианты в динамическом аспекте. В описании основных форм психозов —

их психопатологии, течения и исхода — С.С.Корсаков видел одно из важнейших направлений тогдашних психиатрических клинических исследований. С.С.Корсаков считал, что вне зависимости от своего генеза — идеопатического, органического или функционального — все психозы вообще "отливаются в одну или несколько основных форм" (1901). Для С.С.Корсакова основные формы во многом соответствовали тому, что ранее J.P.Falret обозначил понятием "типы болезней". Так же как и С.С.Корсаков, В.П.Сербский указывал на необходимость выделения форм психических болезней исходя из особенностей их течения. Классическим образцом клинического типа, выделенного с учетом развития, В.П.Сербский считал хронический бред V.Magnan'a. При изучении психических заболеваний он сам всегда придерживался принципа динамического их изучения. В своей диссертации "Формы психического расстройства, описываемые под именем кататонии" (1890) он не только описал два ее варианта, соответствующие онейроидной и люцидной кататонии. Изучая психозы молодого возраста (кататонию и гебефрению), В.П.Сербский выделил их общие клинические признаки, закономерности развития болезненных расстройств, в том числе и их исходов. Это позволило ему отнести оба заболевания к раннему слабоумию В.МогеГа. Аналогичный вывод E.Kraepelin сделал в 1896 году. В противоположность E.Kraepelin'y, считавшему dementia praecox отдельной психической болезнью, В.П.Сербский, так же как и С.С.Корсаков (1901), расценивая раннее слабоумие в качестве "клинической реальности", отнес его не к отдельной болезни, а к разновидности основных форм психозов. Исследования С.С.Корсакова и особенно В.П.Сербского в области изучения основных форм психозов, и в частности раннего слабоумия, — один из примеров того, что с конца XIX века в отечественной психиатрии начал вырабатываться собственный подход к исследованию психических болезней. В нем нашли свое отражение и нозологический, и синдромологический принципы их рассмотрения.

Широкое распространение в Германии и в России учения E.Kraepelin'a об эндогенных психозах повлекло за собой в обеих странах замедление изучения синдромов. Ведь одним из краеугольных камней нозологической концепции являлся отказ E.Kraepelin'a изучать "картины состояний", т.е. основные формы психозов и их варианты. Желающий следовать за E.КгаереПп'ом в вопросах изучения психозов должен был перенимать и методы их изучения. Такое положение не являлось абсолютным для отечественной психиатрии. Как раз в это время появились работы А.Е.Щербака (1901) и И.Г.Оршанского (1910), в которых не только разрабатывались вопросы клинической синдромо-

логии, но и формулировались в этой связи важные для нее теоретические положения. По мнению А.Е.Щербака, учение о симптомокомплексах в психиатрии так же необходимо, как их изучение в общей патологии. В частности, это связано с тем обстоятельством, что до настоящего времени многие формы психических болезней оцениваются разными психиатрами неоднозначно. Изучение основных психопатологических состояний (синдромов) будет способствовать дальнейшему прогрессу клинической психиатрии.

И.Г.Оршанский писал (1910), что состояние больного в данный момент определяется не выдающимися симптомами (или даже простой "совокупностью" симптомов), а их комплексами (синдромом), в котором все симптомы слиты в одно целое. Ему же принадлежит и констатация такого факта, как смена простых синдромов сложными в случае прогредиентного развития заболевания.

Французские психиатры в вопросе выделения синдромов продолжали идти по линии, намеченной J.E.Esquirol'eM и J.P.Falret'OM — описания картин болезни в их динамике. Этот путь позволял выделить не только синдромы в современном понимании, но и более сложные психопатологические состояния, занимающие как бы промежуточное положение между собственно синдромом и болезнью как таковой. К таким своего рода "промежуточным" формам относятся, например, хронический бред (V.Magnan), бред интерпретации (P.Seriex и Y.Capgras, 1909), бред воображения (E.Dupre и B.Logre, 1911), хронический галлюцинаторно-бредовой психоз (Gilbert-Ballet, 1911) и т.д. Подобные, более сложные, чем синдромы, психопатологические состояния, не являющиеся в то же время отдельными нозологическими единицами, французские психиатры обозначили термином "affections" — нарушения, заболевания (Gilbert-Ballet, 1903).

Изучение синдромов в психиатрии шло не только клиническим путем. Во второй (половине XIX века психозы и возникающие при них психопатологические расстройства привлекают к себе внимание невропатологов. Физиологическая интерпретация выявленных к тому времени закономерностей развития психических расстройств, позволившая расширить учение о синдромах, была сформулирована J.HJackson'oM (1864) в его учении о "послойном" построении психической деятельности.* При психозах, по мнению J.H.Jackson'a, вначале поражаются высшие, наиболее дифференцированные слои психики, а в последую-

* Хотя J.H.Jackson и говорит о "слоях" психической деятельности, он подразумевает под ними не локально-морфологические образования, а гипотетическую "функциональную систему".

щем, если болезнь прогрессирует — более глубокие и менее дифференцированные слои. Процесс последовательного поражения уровней психической деятельности в результате возникновения психической болезни J.H.'Jackson назвал диссолюцией. Клинически диссолюция проявляется психопатологическими расстройствами. Каждому уровню диссолюции свойственны определенные психические нарушения. В свое время концепция J.H.Jackson'a не привлекла к себе внимания психиатров.

Однако начиная с первой четверти текущего столетия положение меняется. Учение о синдромах вновь привлекает к себе внимание. Несомненное значение здесь имели работы A.Hoche (1905, 1912) о роли симптомокомплексов ("единиц среднего порядка") в психиатрии, считавшего, что синдромы представляют собой психопатологические картины, отражающие присущие мозгу реактивные возможности. Он рассматривал синдромы как преформированные реакции, обусловленные церебральным предрасположением и психической предиспозицией. A.Hoche выразил также сомнение в существовании нозологической специфичности синдромов.

Клиническое обоснование этого важного положения было разработано K.Bonhoeffer'oM (1912) в концепции об экзогенном типе реакции. В противоположность E.Kraepelin'y, считавшему долгие годы, что каждой внешней вредности соответствует или должен соответствовать особый вид психических расстройств, K.Bonhoeffer показал, что в группе экзогенных психозов огромному множеству внешних (соматических) вредностей противостоит лишь ограниченное число наблюдавшихся психопатологических синдромов. Если E.Kraepelin придавал решающее значение в формообразовании психозов этиологическому фактору, то K.Bonhoeffer показал, что здесь огромное значение принадлежит внутренним причинам, т.е. патогенезу. Исследования A.Hoche и K.Bonhoeffer'a во многом способствовали тому, что E.Kraepelin пересмотрел свои прежние теоретические взгляды. "Крепелин в своей знаменитой работе 1920 г.* о формах проявлений помешательства, в этом замечательном по научной правдивости документе во многом соглашается с Гохе и его критикой" (Э.Я.Штернберг, 1974). Скептическое отношение E.Kraepelin'a к вопросу о значении синдромов в психиатрии уступило место признанию их важности. Изучение синдромов было им признано совершенно необходимым. В связи с этим E.Kraepelin (1920) сформулировал определение термина "синдром" как "закономерного сцеп-

[1] В 1920 г. E.Kraepelin'y исполнилось 64 года.

ления симптомов, которое, не будучи идентичным с определенным болезненным процессом, в одинаковой или отличающейся только по несущественным деталям форме встречается при различных заболеваниях". Е Kraepelin согласился с тем положением A.Hoche, согласно которому синдром представляет собой преформированную (предуготовленную) форму реакции, отражающую внутренние особенности организма человека. Преформация, по мнению E.Kraepelin'a, включает две группы факторов: 1) индивидуальные — личное прошлое и развитие индивидуума, его возраст, пол, наследственное предрасположение, 2) общеэндогенные факторы: они на психике человека, ступени его развития оставляют специфический отпечаток. Его остатки, в норме заглохшие, приходят в движение при заболевании. Разрушение и паралич высших центров вызывают к жизни архаические функции, находящие свое отражение в психических расстройствах. Таким образом, преформация является продуктом филогенеза.

Исходя из идеи последнего, E.Kraepelin создает свое учение о регистрах психопатологических расстройств, основанное на концепции J.H.Jackson'a о послойном построении психической деятельности. Наиболее важные психопатологические синдромы E.Kraepelin разделил по степени тяжести на три группы. К первой, наиболее легкой группе, относилось пять синдромов: истерический, импульсивный, эмоциональный, параноидный, делириозный; к средней группе — два синдрома: шизофренический и вербально-галлюцинаторный; к третьей, наиболее тяжелой группе — три синдрома: эпилептический, олигофренический и дементный. Синдромы одного регистра могут комбинироваться как между собой, так и с синдромами других уровней. Хотя синдромы и неспецифичны, они имеют тенденцию предпочтительного возникновения при различных болезнях. Такая предпочтительность объясняется тем, что синдромы являются преформированными реакциями. Таким образом, своими исследованиями E.Kraepelin подтвердил правильность изучения эндогенных психозов, которое проводилось K.Caupp'ом (1907) и его учениками — E.Reiss'oM (1910); F.Mauz'eM (1925) и особенно E.Kretschmer'ом (1919). По существу R.Caupp и его сотрудники разрабатывали ту же идею значения внутренних факторов в формировании психозов, что и K.Bonhoeffer.

Во Франции клиническая интерпретация идей J.H.Jackson'a нашла свое отражение в работе учеников H.Clode'a, H.Ey и J.Rouart'a (1936), а позже в работе Ch.Nodet'a (1938). Основываясь на своих клинических наблюдениях, H.Ey и J.Rouart предложили собственную шкалу ос-

новных психопатологических синдромов. Каждый уровень этой шкалы соответствует определенной степени глубины поражения психики болезненным процессом. От наименьшей до наибольшей глубины в этой шкале последовательно располагаются следующие 8 групп основных психопатологических синдромов:

1) невротические;
2) параноидные;
3) онейроидные;
4) сенестопатические;
5) маниакально-меланхолические;
6) спутанно-ступорозные (confuso-stuporeuses);
7) шизофренические;
8) дементные.

В отечественной психиатрии распространение идей J.H.Jackson'a на клиническую синдромологию было осуществлено А.В.Снежневским (1960—1983). Одновременно им было предпринято рассмотрение синдромогенеза, т.е. становления и видоизменения синдромов в процессе болезни, а также распространение на разработку учения о психиатрических синдромах положений, касающихся общих вопросов о болезнях человека. По нарастанию степени тяжести А.В.Снежневский выделяет девять кругов поражения, каждый из которых представлен "укрупненными моноквалитативными синдромами". Ими являются:

1) астенические;
2) маниакально-меланхолические (аффективные);
3) невротические и деперсонализационные;
4) паранойяльные и вербальный галлюциноз;
5) галлюцинаторно-параноидные, парафренные, кататонические;
6) помрачения сознания;
7) парамнезии;
8) судорожные;
9) психоорганические.

Не только приведенные схемы уровней поражения психической деятельности имеют между собой у представителей трех психиатрических направлений очень много общего. Для всех исследователей одним из наиболее важных моментов является положение о необходимости динамического изучения синдромов — их становления, видоизменения, смены. Изолированное, статичное рассмотрение отдельных синдромов считается клинически безуспешным (H.Ey и J.Rouart). "При клиническом анализе синдромы искусственно изолируются и абстрагируются, а на

самом деле между ними нет непреодолимых границ. Каждый синдром выражает лишь один период непрерывного развития болезни, одно звено цепного процесса" (А.В.Снежневский, 1983). Сходные мысли высказывал ранее и E.Kraepelin.

Общим является также положение о том, что синдромы могут комбинироваться. Подобные комбинации синдромов возможны внутри одного регистра или круга расстройств. Например, субдепрессивное состояние с тревожными опасениями способно усложниться тревожно-ажитированной депрессией с депрессивным бредом, и наконец возникает картина меланхолической парафрении. В других случаях может наблюдаться происходящая в определенной последовательности комбинация синдромов, относящихся к различным регистрам. Традиционным примером здесь является хронический бред V.Magnan'a. При комбинациях синдромов, относящихся к различным кругам поражения, всегда отмечается прогредиентное развитие болезни. Но и регредиентное развитие болезни, сопровождаемое редукцией синдромов, также осуществляется с определенной закономерностью. Так же как и при усложнении болезненных расстройств, редукция психопатологических нарушений происходит либо внутри одного круга расстройств, либо последовательно захватывает несколько кругов. В обоих случаях обратное развитие психопатологических расстройств совершается в порядке обратном тому, который наблюдался при усложнении клинической картины.

Закономерности усложнения и упрощения психопатологических расстройств — синдромов достаточно специфичны для каждой болезни. Чем глубже уровень поражения, тем большим полиморфизмом отличается клиническая картина болезни, так как при этом часто сохраняются психопатологические расстройства, свойственные более легким уровням. Эта мысль особенно четко выражена у E.Kraepelin'a и А.В.Снежневского. Для них выделяемые регистры (круги) психопатологических синдромов всегда соотносятся с определенными нозологическими единицами. Создание шкалы синдромов — путь к отграничению клиническим методом нозологических единиц: Французские психиатры подобной цели не преследовали. Здесь сказались методологические различия, существующие между отечественной и немецкой психиатрией, с одной стороны, и французской — с другой.

К настоящему времени стало вполне очевидным, что оригинальность французской психиатрии имеет определенные преимущества, отсутствующие или недостаточно развитые в других национальных психиатрических школах. "Следовало бы прежде всего указать на большую гибкость ее (французской психиатрии) систематики, на характерное для нее сосуществование синдромологических и нозологических критериев, связанное с предпочтением, которое отдается французскими психиатрами клиническому эмпиризму перед систематически-теоретическими построениями" (цит. по Э.Я.Штернбергу, 1974). Э.Я.Штернберг, придерживавшийся взглядов Крепелина, к концу своей психиатрической деятельности пришел к выводу, сходному с тем, о котором говорилось в начале этого раздела.

Приведенные выше три схемы уровней глубины поражения, отражающие особенности проявлений и развития психических болезней, касаются лишь продуктивных психопатологических расстройств. Однако психопатологические синдромы не исчерпываются одними лишь продуктивными нарушениями, а представляют собой более сложные образования.

J.H.Jackson (1864) впервые высказал мысль о том, что возникающие при психических болезнях расстройства состоят из двух противоположных элементов: негативного, который сам вызван болезненным процессом, и позитивного, являющегося результатом деятельности неповрежденных нервных слоев. Хотя здесь речь идет о физиологическом анализе клинических фактов, высказанное J.H.Jackson'oM предположение не расходится с теми эмпирическими наблюдениями, которыми к тому времени уже располагали психиатры. Ими давно был установлен тот факт, что каждое психическое заболевание, особенно с тенденцией к усложнению клинической картины, представляет собой как бы двойной ряд нарушений, состоящий из симптомов психоза в тесном смысле этого слова (помешательство) и сопутствующих психозу, углубляющихся со временем изменений личности. Значение последних было для некоторых психиатров прошлого века, по-видимому, столь значительно, что личностные расстройства получили первостепенное значение в клиническом определении психической болезни. H.Schule (1880) считал психозы болезнью личности и полагал, что душевное расстройство может существовать во всей своей полноте без обманов чувств, ложных представлений и т.п., другими словами, что может существовать душевное расстройство без осязательного "специфического" уклонения, даже при кажущейся полной ясности рассудка.

Психиатры на практике подтвердили данную мысль, выделив так называемые простые формы психозов: простую форму шизофрении, простую форму прогрессивного паралича, простую форму старческого слабоумия и ряд других психических заболеваний, где продуктивные

психопатологические расстройства или отсутствуют полностью, или же столь незначительны, что могут вовсе не приниматься в расчет при постановке нозологического диагноза. Следовательно, особенности негативных расстройств (и соответственно синдромов) имеют для нозологического диагноза в психиатрии большее значение, чем особенности продуктивных расстройств — и соответственно продуктивные синдромы.

Однако полное противопоставление позитивных расстройств негативным вряд ли правомерно. Хорошо известно, что каждый синдром представляет собой единство позитивных и негативных (преходящих или стойких) симптомов. Клинический опыт подтверждает это. И позитивные, и негативные расстройства не только тесно переплетаются между собой, в связи с чем не всегда клинический метод позволяет разграничить их между собой, но они имеют и целый ряд общих свойств: могут быть обратимыми и стойкими (инертными); стационарными и прогрессирующими; относительно простыми и сложными. На проявления позитивных и негативных расстройств оказывают влияние (как будто в большей мере на позитивные, но это скорее предположение) возраст больного к началу заболевания, темп развития (прогредиентность) болезненного процесса, пол, все параметры, характеризующие преморбидную личность больного, генетический фон, дополнительные экзогенные вредности — соматические и психические. Позитивные и негативные расстройства оказывают взаимные влияния друг на друга. Негативные симптомы, возможно, в большей мере видоизменяют позитивные. А.В.-Снежневский (1983) считает, что "особенность негативных расстройств обусловливает возникновение соответственного круга позитивных симптомов".* Эти слова во многом перекликаются с высказываниями J.H.Jackson'a (1864), по мнению которого, позитивные расстройства являются результатом деятельности неповрежденных нервных слоев. J.H.Jackson утверждал, что нет основания думать, что болезнь порождает симптомы и что деструкция (диссолюция) высших центров "обусловливает" позитивные психотические состояния не больше, чем открытие шлюзов производит приток воды или перерезка обоих блуждающих нервов производит изменения сердечного ритма. Подобное высказывание J.H.Jackson'a остается гипотезой, научного подтверждения которая пока что не имеет.

Несомненна важность другого положения, вытекающего из данной концепции. Психиатру в его практической деятельности всегда следует

* Руководство по психиатрии в двух томах /Под ред. А.В.Снежневского. М: Медицина, 1983. Т. 1, с. 85.

знать, как могут влиять позитивные расстройства на негативные и на* оборот. Например, при шизофрении растерянность (см. ниже) будет резко отличаться в своих проявлениях в зависимости от того, возникает ли она у больного без заметных личностных изменений, или же у больного существуют отчетливые симптомы дефекта. В свою очередь, наличие таких продуктивных расстройств, как астения, депрессия, бред и т.д., создает у психиатра ложное впечатление существования явных личностных изменений, которые на самом деле или отсутствуют, илк выражены вовсе не в такой степени, как это ему представляется. И все же в этом взаимном влиянии позитивных расстройств на негативные и наоборот — влияние негативной симптоматики на продуктивные психические расстройства большее. Из повседневной практики хорошо известно, что вначале все или почти все психические болезни имеют свои индивидуальные отличия — "больные все разные". При хроническом развитии психической болезни симптомы все в большей степени получают черты сходства, а больные становятся как бы "на одно лицо". Это наблюдается и при прогредиентных органических процессах, и при шизофрении.

Если положение о том, что распознавание психических болезней основано на единстве негативных и позитивных расстройств, является бесспорным, то далеко не всегда этот верный принцип осуществляется на практике. Практически диагностика психических болезней основывается, по-преимуществу, на выявлении и оценке продуктивных расстройств (синдромов). Негативные расстройства (синдромы) учитываются только в самом общем виде, без подробного их анализа. Нередко психиатры используют для определения личностных изменений шаблонные наборы слов. Негативные расстройства до сих пор и описываются, и распознаются хуже позитивных. Процесс клинико-психопатологической дифференциации позитивных синдромов, видимо, достиг предела — "при клиническом и эпидемиологическом исследовании шизофрении, например, было выделено около 100 синдромов" (Э.Я.Штернберг, 1974). Изучение симптоматологии негативных расстройств и выделение существующих здесь синдромов, их соотнесение с глубиной поражения, обусловленной болезнью, значительно отстает.

Причин, которые обусловливают отставание психиатрии в изучении негативных расстройств, несколько. Одной из главных является трудность изучения самого объекта. Изучение негативных расстройств тесно связано с учением о личности. Это требует от исследователя не только большого опыта и специальных знаний, но, по-видимому, и определенной психологической одаренности, без чего трудно, а может быть и просто невозможно постичь человеческую сущность. Опыт показыва-

ет, что молодого психиатра за 1—2 года можно обучить правильно квалифицировать почти все встречающиеся в психиатрии наиболее важные продуктивные синдромы. Умение видеть личность больного человека за этот срок постичь очень трудно, чаще просто невозможно.

Другим немаловажным фактором в проблеме изучения негативных расстройств является существующая система психиатрической помощи. До настоящего времени большое число врачей работает в стационарах. Больничная психиатрия имеет своими основными задачами прежде всего лечение больных, имеющих психопатологические расстройства, и осуществление за ними необходимого надзора. И то, и другое опирается в первую очередь на знание врачом особенностей позитивных симптомов. Введение в психиатрическую практику психотропных средств лишь усиливает необходимость такого знания. Отечественная психиатрия имела к моменту начала терапии психически больных психотропными средствами солидную разработку семиотики психических болезней, в их числе разработку позитивных синдромов. В данном вопросе А.В.Снежневскому и руководимому им коллективу принадлежит немалая заслуга. Начало современному изучению синдромов было положено перезиданием монографии В.Х.Кандинского "О псевдогаллюцинациях" (1952). Многие психиатры впервые после ее прочтения поняли, какое количество расстройств скрывается за таким термином, как "галлюцинаторно-параноидный".

В 1952 году, в предисловии к упомянутой работе В.Х.Кандинского, А.В.Снежневский писал: "Монография представляет собой очерк общей психопатологии, отнюдь не утративший своего значения и в настоящее время. В ней изложено не только учение о псевдогаллюцинациях, истинных галлюцинациях, психическом автоматизме, онейроидных состояниях, особых расстройствах памяти, учение о патологии мышления, но и дан метод психопатологического исследования, которым продолжают пользоваться до настоящего времени. Исследования В.Х.Кандинского положили начало многочисленным работам в области психопатологии как ^ русской психиатрии, так и во Франции (Жане, Клерамбо, Клод и др.), Германии (Ясперс, Груле и др.) и в других странах. Его учение о псевдогаллюцинациях заложило основу современной общей психопатологии". За 40 лет до того, как была сделана эта справедливая оценка, K.Jaspers признал, что "в создании психиатрической феноменологии ведущая роль принадлежит Кандинскому".*

*K.Jaspers. The phenomenological approach in psychopathology. Brit. J.Psychiat, 1968,114, p. 1313.

Немаловажную роль в преобладающем интересе психиатров к продуктивным расстройствам сыграл тот факт, что они после введения методов активной терапии, в частности психотропных средств, сразу же начали видеть результаты повседневной лечебной работы, а то, что дает положительный эффект, обычно и изучается с большим интересом. К настоящему времени благодаря лечению психотропными средствами наблюдается смягчение продуктивных расстройств, их "спуск" на более низкие уровни. Психические болезни стали "тише". Неизмеримо возросло число ремиссий и повысилось их качество. Личностные изменения все чаще выступают без остаточных продуктивных расстройств — так сказать "в чистом виде". Данное обстоятельство имеет далеко идущие последствия. Меняется привычное представление о психически больном человеке, клинические и социальные проблемы психиатрии приобретают новые направления. Одновременно совершенствуется социальная помощь психически больным, которая нуждается в разработке клиники, в частности, ей необходимы надежные критерии прогноза. До последнего времени в вопросах определения прогноза психических болезней, особенно в больничной психиатрии, преобладающее значение имеет анализ продуктивных расстройств, тенденций их видоизменения. Чем в большей степени терапия психотропными средствами сможет помочь их редукции, тем в большей степени прогностические критерии, возможно, станут определяться динамикой негативных синдромов. Значение последних будет способствовать разрешению многих практических вопросов, в первую очередь вопросов реабилитации психически больных.

Интерес к изучению синдромологии в психиатрии не представляет собой явления, специфичного только для нее одной. То же самое наблюдается и в других медицинских дисциплинах, например, в клинике внутренних болезней (R.Heyglin, 1961). Возможно, что это — одна из линий развития клинических дисциплин вообще, во всяком случае в психиатрии она выражена отчетливо. Существующая здесь тенденция расширения синдромологических исследований, возможно, повлечет за собой создание психопатологии, оперирующей преимущественно единицами "среднего порядка", т.е. синдромами. Такая психопатология отвечает запросам существующей в настоящее время терапии.

ПОЗИТИВНЫЕ (ПРОДУКТИВНЫЕ) ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Клинического определения данного термина до настоящего времени в психиатрии нет, несмотря на то, что каждый психиатр этим терми-

ном пользуется и хорошо знает, что конкретно, какие психопатологические расстройства данный термин характеризует. Продуктивные расстройства являются показателем глубины и генерализации поражения психической деятельности, отражая собой ту сторону патогенеза, которая свидетельствует о существовании, а нередко и о качестве защитных сил организма.

Описанные ниже психопатологические позитивные синдромы располагаются в определенной последовательности, которая характеризует этапность поражения психической деятельности, начиная от наиболее легких и ограниченных, проявляющихся простыми или малыми синдромами, и кончая наиболее тяжелыми и генерализованными, при которых возникают сложные или большие синдромы.

К позитивным (продуктивным) психопатологическим относятся синдромы невротические, аффективные, деперсонализационно-дереализационный, растерянности, галлюцинаторно-бредовые, двигательных расстройств, помрачения сознания, эпилептиформный и психоорганический.

Невротические синдромы

Невротические синдромы — психопатологические картины, при которых наблюдаются расстройства, свойственные неврастении, неврозу навязчивых состояний или истерии.

АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ (АСТЕНИЯ) — состояние повышенной утомляемости, раздражительности и неустойчивого настроения, сочетающееся с вегетативными симптомами и нарушениями сна.

Повышенная утомляемость при астении всегда сочетается со снижением продуктивности в работе, особенно заметным при интеллектуальной нагрузке. Больные жалуются на плохую сообразительность, забывчивость, неустойчивое внимание. Им трудно сосредоточиться на чем-нибудь одном. Они пытаются усилием воли заставить себя думать об определенном предмете, но вскоре замечают, что у них в голове, непроизвольно, появляются совсем другие мысли, не имеющие отношения к тому, чем они занимаются. Уменьшается число представлений. Затрудняется их словесное выражение: не удается подобрать нужные слова. Сами представления теряют свою четкость. Сформулированная мысль кажется больному неточной, плохо отражающей смысл того, что он ею хотел выразить. Больные досадуют на свою несостоятельность. Одни делают перерывы в работе, но кратковременный отдых не улучшает их самочувствия. Другие стремятся усилием воли перебороть возникающие

затруднения, пытаются разбирать вопрос не в целом, а по частям, но результатом оказывается или еще большая утомляемость, или разбросанность в занятиях. Работа начинает казаться непосильной и неодолимой. Появляется чувство напряженности, беспокойства, убежденность в своей интеллектуальной несостоятельности.

Наряду с повышенной утомляемостью и непродуктивностью интеллектуальной деятельности при астении всегда утрачивается психическая уравновешенность. Легко теряемое самообладание сопровождается раздражительностью, вспыльчивостью, ворчливостью, придирчивостью, вздорностью. Настроение легко колеблется. Достаточно незначительной причины, чтобы появились подавленность, тревожные опасения, пессимистические оценки, которые также легко, хотя и ненадолго, могут смениться необоснованным оптимизмом. И неприятные, и радостные события нередко влекут за собой появление слез. Постоянно существует та или иная степень гиперестезии, прежде всего к громким звукам и яркому свету. Утомляемость и психическая неуравновешенность, проявляющаяся постоянно раздражительностью, сочетаются при астении в различных соотношениях.

Астении почти всегда сопутствуют вегетативные нарушения. Нередко они могут занимать в клинической картине преобладающее положение. Наиболее часто встречаются нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы: колебания уровня артериального давления, тахикардия и лабильность пульса, разнообразные неприятные или просто болевые ощущения в области сердца, легкость покраснения или побледнения кожных покровов, ощущение жара при нормальной температуре тела или, напротив, повышенная зябкость, усиленная потливость — то локальная (ладони, стопы, подмышечные впадины), то относительно генерализованная. Нередки диспептические расстройства — снижение аппетита, боли по ходу кишечника, спастические запоры. У мужчин часто возникает снижение потенции. У многих больных можно выявить разнообразные по проявлениям и локализации головные боли. Нередко жалуются на чувство тяжести в голове.

Расстройства сна в начальном периоде астении проявляются трудностью засыпания, поверхностным сном с обилием тревожных сновидений, пробуждениями среди ночи, трудностью последующего засыпания, ранним пробуждением. После сна не чувствуют себя отдохнувшими. Может наблюдаться отсутствие чувства сна в ночное время, хотя на самом деле ночью больные спят. С углублением астении, а особенно при физических или психических нагрузках, возникает чувство сон-

ливости в дневное время,без того, однако,чтобы одновременно улучшился ночной сон.

Как правило, симптомы астении менее выражены или даже (в легких случаях) совсем отсутствуют в утренние часы и, напротив, усиливаются или появляются во вторую половину дня, особенно к вечеру. Одним из достоверных признаков астении является состояние, при котором наблюдается относительно удовлетворительное самочувствие с утра, ухудшение наступает на работе и к вечеру достигает максимума. В связи с этим, для выполнения какой-либо домашней работы больной предварительно должен отдохнуть.

Симптоматология астении отличается большим разнообразием, что обусловливается рядом причин. Проявления астении зависят от того, какое из основных расстройств, входящих в ее структуру, является преобладающим. Если в картине астении преобладает вспыльчивость, взрывчатость, нетерпеливость, чувство внутреннего напряжения, неспособность сдерживаться, т.е. симптомы раздражения,— говорят об астении с гиперстенией. Это — наиболее легкая форма астении. Если клиническая картина в равной мере определяется симптомами раздражения и утомляемости, говорят об астении с синдромом раздражительной слабости. В тех случаях, когда в картине доминируют утомляемость и чувство бессилия, астению определяют как гипостеническую, наиболее тяжелую астению. Нарастание глубины астенических расстройств приводит к последовательной смене более легкой гиперстенической астении стадиями более тяжелыми. При улучшении психического состояния гипостеническая астения сменяется более легкими формами астении.

Клиническая картина астении определяется не только глубиной существующих расстройств, но и такими двумя важными факторами, как конституциональные особенности больного и этиологический фактор. Очень часто оба эти фактора тесно переплетаются. Так, у личностей с эпилептоидными чертами характера астения отличается выраженной возбудимостью и раздражительностью; у многих тимопатических личностей в астении всегда существует отчетливый депрессивный компонент; у лиц с чертами тревожной мнительности возникают различные тревожные опасения или навязчивости. Можно видеть и обратное влияние: развившаяся астения постоянно усиливает многие свойственные больному характерологические черты. Особенно это свойственно тем больным, в характере которых в явной или в скрытой форме существует склонность к астеническому реагированию — "астеническое жало" (E.Kretschmer, 1920).

По этиологическому принципу все астенические состояния можно разделить на экзогенно-органические и психогенно-реактивные астении. Экзогенно-органические астении представляют собой наиболее легкий экзогенный тип реакций (K.Bonhoeffer, 1917). Они могут быть чисто функциональными, например, астении, возникающие после различных инфекций, соматических заболеваний, интоксикаций, и могут сопровождать органическое заболевание головного мозга — так называемые органические астении. Функциональные астении всегда отличаются большим разнообразием психопатологических расстройств, так как, помимо собственно астенических нарушений, включают расстройства, являющиеся реакцией личности на болезнь. Органические астении отличаются большей простотой, так как при них в той или иной мере нивелируется реакция личности на заболевание, а сами проявления астении более грубы — вместо раздражительности больше выступает злоба, вместо подавленности — тоскливый аффект, вместо слезливости — недержание аффекта и т.д. Чем тяжелее органическая астения, тем больше в ней элементов адинамии и меньше полиморфизм психических симптомов.

Наибольшим полиморфизмом симптоматологии отличается астенический синдром психогенного происхождения, так как при нем в наибольшей степени проявляются и реакции личности на психическую травму и непосредственно на возникшие астенические расстройства, а глубина астенических расстройств обычно невелика.

Астенические синдромы, безотносительно к тому, являются они проявлением экзогенно-органического процесса или целиком представляют собой функциональное, в частности психогенное расстройство, всегда обнаруживают три группы нарушений: а) собственно проявления астении, б) расстройства, обусловленные лежащим в основе астении заболеванием, и, наконец,в) расстройства, обусловливаемые реакцией личности на болезнь.

Астения — самое общее и наиболее часто встречающееся психическое расстройство. Его можно встретить при любом психическом заболевании. Она часто сочетается с другими невротическими синдромами. Астения соматогенного и органического генеза может усложняться самыми различными продуктивными симптомами, в первую очередь состояниями помрачения сознания или психоорганическим синдромом; астения при эндогенных заболеваниях — прежде всего депрессией, деперсонализацией или легкими бредовыми расстройствами (например, сензитивным бредом отношения).

Астению необходимо дифференцировать с депрессией. Во многих случаях различить эти состояния очень трудно, в связи с чем используется термин астено-депрессивный синдром.

ОБСЕССИВНЫЙ СИНДРОМ (синдром навязчивых состояний) — психопатологическое состояние с преобладанием явлений навязчивости. Обсессивному синдрому часто сопутствуют субдепрессивное настроение, астения и вегетативные расстройства. Навязчивости при обсессивном синдроме могут ограничиться одним каким-нибудь видом, например, навязчивым счетом, навязчивыми сомнениями, явлениями умственной жвачки, монофобией и т.д. В других случаях одновременно сосуществуют самые различные по своим проявлениям навязчивости. Возникновение и продолжительность навязчивостей различны. Они могут развиваться исподволь и существовать непрерывно длительное время: навязчивый счет, явления умственной жвачки и т.д.; они могут появляться внезапно, продолжаться короткий период времени, в ряде случаев возникать сериями, напоминая тем самым пароксизмальные расстройства. Во многих случаях обсессивный синдром, особенно когда в его структуру входят образные навязчивости, сочетается с другими психическими расстройствами. Одни из них постоянно сопровождают обсессивный синдром — элементы деперсонализаций, субдепрессия, астения; другие появляются в форме эпизодов лишь на высоте его развития. При умеренно выраженных явлениях навязчивости субдепрессивный фон ограничивается подавленностью с чувством неполноценности, неуверенности, а астения — симптомами раздражительности или раздражительной слабости. На высоте развития обсессивного синдрома, в первую очередь при фобиях, могут возникать галлюцинаторные расстройства. В этих случаях больной мысленно, часто с подробными деталями, образно представляет себе содержание или последствия возникшего навязчивого явления: при хульных мыслях — это картины циничного содержания; при навязчивых влечениях — совершаемое действие и его последствия; при фобиях — их последствия. Например, у больного со страхом высоты в воображении возникает ряд картин, отражающих моменты и последствия его падения. ТакЬе галлюцинаторное расстройство получило название галлюцинаторных обсессий и относится к псевдогаллюцинациям Кандинского (J.Seglas, 1892, 1895; A.Pitres et E.Pegis, 1897; С.А.Суханов, 1904). На высоте развития образных навязчивостей, в том числе при наличии галлюцинаторных обсессий, часто возникают двигательное беспокойство, способное достигать степени ажитации, и тревожно-депрессивный аффект. Обсессивный синдром, при котором навязчивые явления возникают в форме отчетливых приступов,

нередко сопровождается выраженными вегетативными симптомами: побледнением или покраснением кожных покровов, холодным потом, тахи- или брадикардией, ощущением нехватки воздуха, усиленной перистальтикой кишечника, полиурией и т.д. Могут наблюдаться головокружения и ощущения дурноты.

Обсессивный синдром возникает при вялом развитии психических болезней, в дебюте психозов, в период ремиссий; он представляет собой частое расстройство при пограничных психических заболеваниях.

При шизофрении обсессивный синдром возникает чаще всего на фоне неврозоподобных и психопатоподобных расстройств; при маниакально-депрессивном психозе, преимущественно в легких случаях и при циклотимии — в рамках смешанных состояний; при органических заболеваниях головного мозга и эпилепсии для возникновения обсессивного синдрома помимо основного процесса необходимо и наличие конституционального (психастенического) радикала. Обсессивный синдром может на длительное время усложняться, а в последующем и сменяться более тяжелыми психопатологическими расстройствами. При фобиях ипохондрического содержания в последующем часто наблюдается появление сверхценных ипохондрических идей (Д.А.Аменицкий, 1944). Нередко отмечается присоединение к обсессивному синдрому бреда и идеаторных психических автоматизмов. В ряде случаев образные навязчивости, в частности навязчивые сомнения, могут усложниться тревожной депрессией и депрессивным бредом. Постепенное присоединение симптомов психоза влечет за собой редукцию и последующее исчезновение обсессивного синдрома. Лишь изредка отмечается длительное сосуществование навязчивостей с отдельными идеаторными психическими автоматизмами (Р.А.Наджаров, 1955). Навязчивые действия могут со временем смениться двигательными стереотипиями.

Обсессивный синдром требует дифференциального диагноза с бредом, сверхценными идеями и психическими автоматизмами; в некоторых случаях — с пароксизмальными состояниями при эпилепсии и органических поражениях ЦНС.

При навязчивых состояниях "я" больного всегда противоборствует расстройству. Это противоборство может резко ослабеть на высоте развития обсессивного синдрома, но тотчас появляется в полной мере, как только интенсивность навязчивостей ослабевает. То же относится к критической оценке субъектом существующего у него навязчивого состояния. При бреде и сверхценных идеях "я" больного всегда защищает расстройство, т.е. критическое отношение к нему всегда нарушено.

Кроме того, содержание почти всех бредовых идей резко отличается от содержания навязчивостей. Существуют редкие случаи, когда в начальных периодах развития бреда — преимущественно ипохондрического или супружеской неверности, к имеющимся бредовым расстройствам еще сохраняется осциллирующая критика: больной то уверен, то сомневается в правильности своих мыслей и борется с ними. В этих случаях иногда точно квалифицировать расстройство бывает очень трудно. От психических автоматизмов навязчивые состояния отличаются отсутствием ощущения сделанности, навязанности извне. Определяющие обсессивный синдром навязчивости непроизвольны и непреодолимы, но больной знает, что это расстройство связано с его собственным состоянием, а не с посторонним влиянием.

В некоторых случаях ипохондрические фобии и навязчивые влечения, возникающие приступами в форме "клише", носят пароксизмальный характер, сопровождаются страхом, вегетативными расстройствами, чувством дурноты, резкой слабостью. При оценке подобных состояний необходимы данные полного анамнеза болезни и нередко электроэнцефалографического исследования.

ИСТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ — симптомокомплекс психических, вегетативных, двигательных и сенсорных нарушений, существующих то изолированно, то в различных сочетаниях друг с другом; часто возникает после психической травмы.

Психические расстройства проявляются прежде всего неустойчивостью эмоциональной сферы: бурными, но быстро сменяющими друг друга чувствами возмущения, протеста, радости, неприязни, симпатии и т.д. Мимика и движения выразительны, экспрессивны, порой театральны. Характерна образная, нередко патетически-страстная речь, в которой на первом плане находится "я" больного и стремление любой ценой убедить собеседника в истинности того, во что верят и что хотят доказать. Всегда события излагаются таким образом, что у слушающих должно создаться впечатление, что сообщаемые факты — истина. Чаще всего излагаемые сведения преувеличиваются, нередко извращаются, в ряде случаев представляют собой заведомую ложь, в частности в форме оговора. Неправда может хорошо осознаваться больным, но нередко в нее верят, как в непреложную истину. Последнее обстоятельство связано с повышенной внушаемостью и самовнушаемостью больных. Слезы и плач, порой быстропроходящие, — частые спутники истерического синдрома. Вегетативные расстройства проявляются тахикардией, перепадами артериального давления, одышкой, ощущениями сжатия горла—т.н. истерический ком, рвотой, покраснением или побледнением кожных покровов и т.д. Описываемый во всех учебных пособиях большой истерический припадок встречается очень редко, и обычно при истерическом синдроме, возникающем у лиц с органическими поражениями центральной нервной системы. Отечественные врачи, работавшие в стран ах треть его мира, например, в африканских, сообщают, что там большой истерический припадок не является редкостью. Обычно же двигательные расстройства при истерическом синдроме ограничиваются тремором конечностей или же всего тела, элементами астазии-абазии — подкашивание ног, медленное оседание, трудность ходьбы. Встречаются истерическая афония — полная, но чаще частичная; истерический мутизм и заикание. Истерический мутизм может сочетаться с глухотой — сурдомутизм. Изредка можно встретить истерическую слепоту, обычно в форме выпадения отдельных полей зрения. Расстройства кожной чувствительности (гипестезия, анестезия) отражают "анатомические" представления больных о зонах иннервации. Поэтому расстройства захватывают, например, целиком части или целую конечность на одной и другой половинах тела. Ниболее выражен истерический синдром при истерических реакциях в рамках психопатий, истерическом неврозе и реактивных состояниях. В последнем случае истерический синдром может смениться состояниями психоза в форме бредоподобных фантазий, пуэрилизма и псевдодеменции. Истерический синдром может предварять развитие кататонии у молодых больных и выраженных аффективно-бредовых психозов — преимущественно у лиц зрелого возраста.

Психопатические синдромы

Психопатические синдромы — врожденное (психопатия) или возникающее в результате психической болезни (психопатоподобное состояние) изменение склада личности; проявляется психической дисгармонией, преимущественно эмоционально-волевой сферы, с несоответствием реагирования на внешние причины и изменения внутренней среды организма. Разнообразие психопатических расстройств настолько велико, что дать здесь их перечисление не представляется возможным. Целесообразно отослать читателя к книге П.Б.Ганнушкина (см. библиографию к разделу "Невротические синдромы"). Здесь будет дано описание только гебоидного синдрома. Это обусловлено тем, что его картина обычно не находит места в учебниках психиатрии, а между тем этот синдром очень часто встречается в практике судебно-психиатрической экспертизы.

ГЕБОИДНЫЙ СИНДРОМ (син.: криминальный гебоид, маттоид, паратимия) — психопатоподобное или психопатическое состояние с искажением психологических свойств пубертатного периода: выраженным эмоциональным изменением (часто в форме психэстетической пропорции, в которой всегда преобладает нравственное огрубление, доходящее до аффективной тупости), психическим инфантилизмом, расторможенностью низших влечений (бродяжничество, сексуальные эксцессы, употребление токсикоманических средств, воровство и т.д.). Термин предложил K.Kahlbaum (1890).

При гебоидном синдроме к сложившимся формам человеческих взаимоотношений, установившимся нормам поведения и нравственным ценностям возникает негативистическое отношение. Все они не только игнорируются или целиком отвергаются, но одновременно подвергаются презрительному отношению, цинично высмеиваются. К окружающим, в первую очередь к родственникам, относятся с неприязнью, высокомерием, грубостью, часто с жестокостью. Разрушаются прежние социальные связи: подросток или юноша оставляет школьные занятия или перестает работать. Одновременно у многих появляются новые, ранее им несвойственные интересы и увлечения вопросами философии, истории, разрешением отвлеченных проблем и т.д. Особенность таких новых интересов и увлечений — их поверхностный, лишенный конкретной цели характер, часто не столько стремление получить новые знания, сколько желание казаться оригинальным или же, по мотивам личного порядка, проявить оппозицию к тому, что существует. Новые увлечения, как правило, не обогащают личность. Большинство больных начинает вести иждивенческий образ жизни. Знакомясь с подобными себе лицами, или же в одиночку, больные начинают пьянствовать, совершать кражи, вступать в беспорядочные половые связи. Они могут жить и на одном месте, но нередко у них возникает неодолимая потребность к перемещениям, то объясняемая ими желанием "познать жизнь", то лишенная каких-либо обоснований. В разные периоды времени такие лица нередко превращаются в настоящих бродяг. Склонность к асоциальным поступкам самого различного свойства у них очень велика. В прошлом, когда правильная врачебная оценка подобных состояний отсутствовала, такие больные часто и на долгое время становились обитателями мест заключения.

На особенности проявления гебоидного синдрома оказывает влияние 1юзраст больного, во время которого появилось это расстройство. Если его возникновение приходится на ранний пубертатный период

(11—14 лет), у больных преобладает враждебное отношение, родственникам, часто доходящее до ненависти, сопровождающейся агрессивными действиями ("бред семейной ненависти", "домашний палач" — по терминологии французских психиатров). У этих больных часто наблюдается склонность к патологическому фантазированию. Они, например, могут рассказывать незнакомым людям пространные, с подробными деталями, истории о том, как жестоко обращаются с ними родители и как такое обращение заставило их убежать из дома. Такие рассказы могут сопровождаться множеством на первый взгляд правдоподобных деталей. Часто патологическое фантазирование имеет садистическое содержание.

Для больных с гебоидным синдромом, возникающим в юношеские годы (15—17 лет), нередко характерно стремление к разрешению абстрактных проблем ("метафизическая интоксикация", Th. Ziehen,1924). На проявления гебоидного синдрома, кроме того, оказывают влияние как биологические факторы, в первую очередь постоянно наблюдаемые при нем периодически возникающие аутохтонные субдепрессивные и гипоманиакальные аффективные расстройства, так и разнообразные воздействия среды.

Если в обыденной, особенно в семейной жизни у больных с гебоидным синдромом преобладают такие черты, как грубость, черствость, злая ирония, негативизм и т.д., то в условиях лечения у них нередко начинают проявляться другие черты, обусловленные не только лечением, но в значительной мере существующим у больных психическим инфантилизмом. Появляется откровенность, непосредственность, умение верно подметить характерологические особенности окружающих, в том числе и врачей, способность вести себя соответственно ситуации, известная покладистость и сговорчивость, критическая (пусть и неполностью) оценка многих своих прежних поступков и сожаление о содеянном. Такие больные охотно используют в разговорах с окружающими, в частности с врачами, отдельные факты, усвоенные ими из прочитанной прежде литературы, нередко делают это очень умело и к месту, способны, казалось бы, к правильному аффективному резонансу, если того требуют обстоятельства, прежде всего ведущегося с ними разговора. Всем этим поведением больные невольно вызывают сочувственное к себе отношение, порой симпатию и не только со стороны других больных, то также и персонала. Можно сказать, что гебоиды нередко влияют на окружающих подкупающе. Даже врачи, хорошо знакомые с их предшествующей жизнью, невольно поддаются влиянию этих новых, ранее,

казалось бы, отсутствовавших у больных человеческих свойств. Такую особенность личностного склада больных с гебоидным синдромом всегда необходимо учитывать при решении вопросов наблюдения, лечения и выписки их из больницы.

Продолжительность гебоидного синдрома различна. В одних случаях он постепенно редуцируется после окончания полового созревания; в других — продолжается в течение многих лет. Усложнение гебоидного синдрома наблюдается при шизофрении. Нередко оно происходит спустя 10—30 лет после появления данного расстройства, например, в периоде инволюции. Чаще всего гебоидный синдром усложняется аффективными, преимущественно депрессивными, расстройствами и бредом различной структуры — паранойяльным, параноидным, парафренным.

Гебоидный синдром возникает преимущественно у мужчин. Чаще всего он встречается при вялопротекающей шизофрении и в инициальном периоде других ее форм; он может наблюдаться при психопатиях, сопровождаемых патологией в сфере влечений и эмоциональным изъяном, а также в резидуальном периоде органических заболеваний головного мозга, перенесенных в детском и подростковом возрасте (энцефалиты, черепно-мозговая травма), сопровождаемых психопатизацией.

При расспросах больных с гебоидным синдромом, особенно в первое время, не следует касаться фактов их прежней жизни. Обычно врач имеет в своем распоряжении анамнез и, следовательно, сведения вполне достаточные для первоначального заключения. Доверие больных в какой-то мере можно завоевать так же, как его завоевывают у подростков и юношей: внимание, ровное и справедливое отношение, умение выслушать, лишенная суровости и назидательности твердость, сочувствие там, где больной его справедливо заслуживает, умение неназойливо и не обижая больного высказать свою точку зрения. Большинство больных позже говорят о себе много и подробно.

Аффективные синдромы

Аффективные (эмоциональные) синдромы — психопатологические состояния в форме стойких изменений настроения, чаще всего проявляющихся его снижением (депрессия) или повышением (мания).

Депрессия и мания — наиболее распространенные психические расстройства. По частоте они занимают в клинике большой психиатрии первое место и очень часты при пограничных психических заболеваниях. Аффективный синдромы постоянно встречаются в дебютах психических болезней, могут оставаться преобладающим нарушением на всем их

протяжении, а при усложнениях заболевания —длительно сосуществовать с различными другими, более тяжелыми психопатологическими расстройствами. При обратном развитии картины болезни депрессия и мания часто исчезают последними.

ДЕПРЕССИВНЫЙ СИНДРОМ (син.: депрессия, меланхолия) — сочетание подавленного настроения, снижения психической и двигательной активности с соматическими, в первую очередь вегетативными, расстройствами.

В легких случаях депрессии или в начальной стадии ее развития соматические расстройства постоянны: это потливость, тахикардия, колебания уровня артериального давления, ощущения жара, холода, зябкости. Снижается аппетит, пища кажется безвкусной. Появляются запоры. Могут возникать и более значительные диспептические расстройства— изжога, отрыжка, метеоризм, тошнота. Больные выглядят осунувшимися, лица зрелого возраста — постаревшими. Ночной сон становится поверхностным, прерывистым, сопровождается тревожными сновидениями и ранним пробуждением. Может наблюдаться утрата чувства сна. Наступающий день волнует. По утрам ощущают вялость и разбитость. Требуется волевое усилие, чтобы заставить себя встать. Испытывают неопределенные опасения или конкретные тягостные предчувствия. То, что предстоит сделать, кажется сложным, трудно выполнимым, превышающим личные возможности. Трудно думать, сосредоточиться на одном вопросе. Испытывают рассеянность и забывчивость. Уверенность в себе падает. По незначительным поводам появляются сомнения, решения принимают с известным трудом и после колебаний. Привычная работа, особенно не требующая напряжения мысли, еще както выполняется. Если предстоит делать что-то новое, то зачастую не представляют, как к нему нужно подступиться. Больные хорошо осознают сам факт своей несостоятельности, но обычно расценивают его прежде всего как "безволие, лень, неумение взять себя в руки"; досадуют на свое состояние, но перебороть его не в силах. Правда, находясь среди людей, в частности»на работе, они нередко "забываются" и им на какое-то время становится лучше. Когда же больные снова остаются предоставленными самим себе, это улучшение исчезает.

Спонтанные жалобы на плохое настроение существуют далеко не всегда. Нередко больные говорят, что настроение у них обычное. Все же при расспросе удается выяснить, что больные испытывают "вялость, апатию, потерю стимулов, беспокойство, психический дискомфорт", а нередко встречаются и такие определения своего состояния, как грусть,

скука, подавленность, угнетенность. Многие больные жалуются на постоянное ощущение дрожи. При расспросе выясняется, что это внутреннее ощущение, а не дрожь в обычном понимании. Часто такая дрожь локализуется в груди, но может локализоваться и во всем теле. Иногда больные отмечают у себя постоянное чувство раздражения, недовольства, повышенную склонность к слезам и обидчивость. Такая депрессия называется гипотимической или циклотимической. В зависимости от преобладания в ней тех или иных расстройств выделяют различные типы легких депрессий (субдепрессий).

Если депрессия сопровождается снижением побуждений, ее называют адинамической; наличие в структуре депрессии раздражительности и недовольства характерны для "ворчливои" (брюзжащеи) депрессии; при сочетании депрессии с неврастеническими или истерическими расстройствами говорят невротической депрессии; депрессию с явлениями навязчивости определяют то как невротическую, то как ананкастическую депрессию; депрессия, сочетающаяся с легко возникающими реакциями слабодушия, называется "слезливой" депресией; в тех случаях, когда в клинической картине депрессии преобладают соматические, прежде всего вегетативные расстройства, а измененный аффект отступает на второй план, говорят о различных вариантах скрытой депрессии (см. ниже); депрессия, сочетающаяся с патологическими ощущениями психического генеза, называется сенестопатическо и, а если при этом у больного существует предположение, что он заболел физически — речь идет об ипохондрически-сенестопатической депрессии; депрессию, при которой преобладает лишь легкая подавленность, называют мягкой или матовой.

При углублении пониженного настроения больные начинают жаловаться на тоску. Одновременно у многих появляются тягостные ощущения в области груди, верхней части живота, реже в голове. Их определяют как чувство стеснения, сдавления, сжатия, тяжести; нередко говорят о невозможности глубоко вздохнуть. При дальнейшем усилении депрессии появляются жалобы на "щемящую тоску", на то, что "душу сдавило, ломит, жжет, рвет на части". Многие больные начинают говорить о том, что испытывают чувство боли, но боли не физической, а какой-то иной. Такую боль некоторые больные называют моральной болью. Это предсердечная тоска. Некоторые психиатры выделяют депрессию с предсердечной тоской в качестве отдельного типа.

Уже при легких, гипотимических депрессиях больные начинают жаловаться на беспокоящее их снижение аффективного резонанса — самые различные события теряют для них интерес, им ничего не хочется, ничто не возбуждает желаний. При отчетливом тоскливом аффекте появляется тягостное ощущение равнодушия, доходящее в выраженных случаях до мучительного ощущения внутренней опустошенности, потери всех чувств — anaesthesia psychica dolorosa. Данное расстройство представляет одну из форм меланхолической деперсонализации. Описывая психическую анестезию, больные нередко говорят о том, что они "окаменели, отупели, сделались деревянными" и т.д. В этих случаях говорят об анестетической депрессии. Интенсивность психической анестезии бывает столь значительна, что больные перестают чувствовать тоску и жалуются лишь на мучительное бесчувствие. Может возникать ощущение измененности окружающего — оно теряет краски, отчетливость, становится застывшим, отдаленным, воспринимается "как сквозь пелену". Нередки жалобы на медленное течение времени, на ощущение, что оно остановилось и даже исчезло совсем (меланхолическая дереализация).

При дальнейшем углублении депрессии возникают различные по содержанию бредовые идеи. В одних случаях это депрессивный бред в тесном смысле этого слова — бред самоуничижения и самообвинения. Первый встречается в наиболее развернутом виде у больных зрелого и позднего возраста. Бред самообвинения в настоящее время стал встречаться реже. Зато чаще при депрессиях стал наблюдаться бред обвинения (осуждения). Депрессии, при которых возникает такой бред, нередко усложняются другими психопатологическими расстройствами (см. Депрессивно-параноидный синдром). Очень частым при депрессиях является ипохондрический бред. В одних случаях это бред болезни. Депрессивный больной непоколебимо убежден в том, что у него конкретное неизлечимое заболевание — ипохондрическая бредовая депрессия; в других появляется бредовое убеждение в деструкции внутренних органов — депрессия с нигилистическим бредом. Нигилистический бред может сочетаться с бредом громадности и отрицания — синдром Котара (см. ниже). Нередко, особенно в зрелом и позднем возрасте, возникают депрессии, сопровождаемые бредом преследования, отравления или ущерба — параноидная депрессия. Ее особенность заключается в том, что возникшие бредовые идеи обычно выступают здесь на первый план и тем самым привлекают к себе главное внимание психиатров, в то время как депрессивные расстрой-

ства чаще недооцениваются. Опасность таких параноидных депрессий, часто не сопровождаемых идеомоторным торможением, состоит в высоком риске самоубийства.

В ряде случаев интенсивность идеомоторного торможения при депрессии столь значительна, что развивается депрессивный ступор (см. Синдромы двигательных нарушений).

Встречается значительное число депрессий, особенно у больных зрелого и пожилого возраста, при которых наблюдается не просто отсутствие идеомоторного торможения, но длительно существующее речедвигательное возбуждение. В этих случаях депрессивный аффект усложняется тревогой и реже страхом. Поэтому подобные депрессии называют ажитированным и, тревожно-ажитированными или ажитированными депрессиями со страхом. При ажитированных депрессиях больных не осталяют мучительные предчувствия надвигающегося несчастья или просто катастрофы, какой конкретно — часто сказать не могут, о них существуют лишь смутные предположения. Ясно лишь одно: должно произойти что-то ужасное. В других случаях тревога связана с определенными фактами: ждут суда, пыток, казни, гибели близких и т.п. Больные пребывают в крайнем напряжении и не находят себе места. Им не сидится, не лежится, их все время "подмывает" двигаться. Больные много хотят, назойливо обращаются к персоналу и окружающим с какой-нибудь просьбой или репликой, иногда часами стоят у дверей отделения, переминаясь с ноги на ногу и хватая за одежду проходящих. Не всегда ажитация проявляется выраженным двигательным возбуждением. Иногда больные подолгу неподвижно сидят на одном месте, и только постоянное движение пальцев и кистей рук свидетельствуют об отсутствии у них двигательного торможения. Речевое возбуждение при ажитированной депрессии часто проявляется оханьем, стонами, причитаниями, тревожной вербигерацией — однообразным, многократным повторением одних и тех же коротких фраз или слов: "я мужа живым похоронила", "умертвите меня", "умираю" и т.д. Сложные формы депрессивного бреда, например, бред Котара, как правило, возникают не при заторможенных, а при ажитированных депрессиях.

Ажитация как выраженная, так и едва различимая, легко может смениться меланхолическим раптусом (меланхолическим буйством) — кратковременным, часто "молчаливым", исступленным возбуждением со стремлением убить или изувечить себя. Усиление ажитированной депрессии у больных зрелого возраста нередко происходит в

связи с дополнительными причинами — после разговоров с врачом, медицинских процедур, разного рода перемещений внутри отделения — симптом расстройства адаптации (симптом Шарпантье). Если депрессии вообще и с отчетливым идеомоторным торможением в частности, усиливаются обычно в первую половину дня, то тревожно-ажитированные депрессии нередко становятся более выраженными к вечеру.

Среди больных с депрессиями, находящихся на лечении в психиатрических больницах, больные с ажитированными депрессиями чаще всего совершают суицидальные попытки. Нередко суицидальные попытки совершают в стенах больницы больные с "улыбающейся депрессией". Психиатры употребляют данный термин в тех случаях, когда депрессивный аффект сочетается у больных со скорбной или иронической улыбкой. Подобные больные обычно тихи и малозаметны, хотя отчетливое двигательное торможение у них чаще отсутствует. Своим поведением они не привлекают к себе внимание персонала, но сами больные способны подметить все, что происходит в отделении, и, выбрав подходящий момент, кончают с собой.

Наибольшей сложности тревожно-ажитированные депрессии достигают в случаях их усложнения синдромом Котара.

Синдром Котара (меланхолическая парафрения, меланхолический бред воображения, мегало-меланхолический бред) — сочетание тревожно-ажитированной депрессии с ипохондрически-депрессивным бредом отрицания и громадности, распространяющимся на моральные и физические свойства индивидуума, разнообразные явления окружающего мира или на все одновременно. Симптомокомплекс в 80-х гг. XIX в. описал J.Cotard; в России — В.П.Сербский (1982). При синдроме Котара возникает фантастический бред отрицания и громадности. Частичное отрицание касается обычно отдельных общечеловеческих качеств — моральных, интеллектуальных, физических (нет чувств, совести, сострадания, знаний, способности думать; нет желудка, кишечника, легких, сердца и т.д.). Могут говорить не об отсутствии, а о деструкции внутренних органов (высох мозг, сжались легкие, атрофировался кишечник, в прямой кишке стоит кал и т.д.). Идеи отрицания физического "я" называют ипохондрически-нигилистическим или просто нигилистическим бредом. Могут отрицаться индивидуальные личные категории (нет имени, возраста, образования, специальности, семьи, никогда не жил). Отрицание может распространяться на различные понятия внешнего мира, которые могут быть мертвы, разрушены, потерять присущие им качества или вообще исчезнуть (мир мертв, планета остыла, нет никого в

мире, нет времен года, звезд, веков). Больной может утверждать, что остался один во всей Вселенной — депрессивный солипсический бред.

Фантастический депрессивный бред сопровождается самообвинением в уже совершившихся или в возможных в будущем мировых катаклизмах. Больные отождествляют себя с отрицательными мифическими или историческими персонажами (Антихрист, Иуда, Гитлер и т.п.) и перечисляют ожидаемые, заслуженные ими невероятные формы расплаты за содеянное. Депрессивный фантастический бред самообвинения может стать ретроспективным. Обычны высказывания о вечных мучениях, о невозможности умереть. Мучения ожидают больных, даже если исчезнет их физическое "я" — "тело сожгут, а дух останется мучиться навечно". Идеи бессмертия могут сочетаться с бредом метаморфозы — превращение в животное, в труп, металл, дерево, камень и т.д.

Сочетание депрессивного бреда отрицания и громадности с ипохондрически-нигилистическим бредом характеризует полный или развернутый синдром Котара. Если же преобладает какой-нибудь один из этих компонентов, говорят о соответствующих вариантах синдрома Котара — нигилистическом или депрессивном. По особенностям развития выделяют о с т р ы й (преимущественно при приступообразных психозах) и х р о н и ч е с к и й (при непрерывном развитии психоза) синдром Котара. Этот синдром в развернутой форме возникает преимущественно у лиц пожилого и старческого возраста; в некоторых случаях шизофрении достаточно выраженный синдром Котара может появиться уже в молодом и даже в подростковом возрасте. Отдельные проявления синдрома Котара описаны у детей 6—7 лет (M.S.Vrono, 1975).

Депрессии усложняются за счет присоединения самых различных продуктивных расстройств: навязчивостей, сверхценных идей, бреда, галлюцинаций — вербальных и изредка тактильных; психических автоматизмов; кататонических симптомов, онейроидного помрачения сознания. Депрессии могут сочетаться с неглубокими проявлениями психоорганического синдрома (органические депрессии) и начальными симптомами слабоумия, сопровождаемого часто психопатизацией.

Расспрос больных с депрессиями труден в тех случаях, когда депрессии или очень легкие и сопровождаются разнообразными соматическими расстройствами или же, когда депрессии становятся сложными в связи с тем, что сочетаются с более тяжелыми продуктивными расстройствами — бредом, галлюцинациями, психическими автоматизмами, кататоническими симптомами. Обычно же больные с более или менее отчетливой депрессией при расспросе достаточно хорошо рассказыва-

ют о большей части существующих у них расстройств. Если налицо заметное идеаторное торможение, лучше первоначально расспрашивать больных о физическом самочувствии и тем самым попытаться их "разговорить". В других случаях можно прямо задавать вопросы, касающиеся отдельных психопатологических симптомов. Одни из них — особенности подавленного настроения, предсердечную тоску, самоупреки, затруднения мыслительной деятельности и т.д. — больные обычно описывают достаточно четко. О других, например, о нерезко выраженной меланхолической деперсонализации, могут сообщать несколько сбивчиво.

О суицидальных мыслях в настоящем и в прошлом и особенно о бывших ранее суицидальных попытках больные обычно сами не говорят, но, если их спросить, чаще всего отвечают так, как это есть или было в действительности. Распрашивать о суицидальных тенденциях следует тогда, когда больной или разговорился, или же у врача появилась определенная оценка существующих у больного расстройств, и он знает, как действовать. Обычно это случается во второй половине беседы. Задавать вопросы о суицидальных тенденциях к концу беседы, а тем более завершать ими разговор, не следует. Судя по обстоятельствам врач может прямо ставить вопросы с целью выяснить: есть ли (были ли) суицидальные мысли, есть ли (были ли) обдумывания способов самоубийства, делаются ли (делались ли) больным какие-либо к самоубийству приготовления. Однако вернее предварить прямые вопросы такими, которые бы дали почувствовать больному, что его состояние понятно собеседнику, и как бы "подвести" больного к мысли самому или, может быть, при отдельных наводящих вопросах со стороны врача, рассказать об этой стороне своего состояния. Тогда прямо поставленные вопросы просто не понадобятся. Когда больной говорит сам, это означает, что он верит врачу. В предварительных вопросах следует вновь вернуться к тому, что больной рассказывал врачу первоначально о своем состоянии. Только теперь врач формулирует свои вопросы не так, как он формулировал их первоначально с целью выявить свойственные вообще депрессивному состоянию расстройства. Врач учитывает особенности состояния больного и те словесные выражения, с помощью которых больной свое состояние описывает. Вопросы врача приобретают индивидуальное, наиболее понятное больному содержание. С помощью умелого распроса врач не только получает необходимые сведения, но нередко и облегчает на момент беседы состояние больного. Сознательные депрессивные больные обычно хорошо запоминают данное обстоятельство. Вместе с тем следует твердо запомнить, что больные с депрессией очень часто склон-

ны к диссимуляции своего состояния и, в первую очередь, к диссимуляции мыслей о смерти и суицидальных мыслей. Особенно сбивает с толку психиатров то обстоятельство, что они часто не могут обнаружить той депрессивной триады, которая является показателем наличия депрессивных расстройств. Вместо "триады" очень нередко приходится видеть разговорчивого, подвижного, с виду веселого и довольного собой человека. Это поверхность, а в глубине подавленность и безысходность. Расспрашивая депрессивных больных, очень часто (при субдепрессиях) следует учитывать целостную картину состояния, а не гоняться за отдельными компонентами триады. Анамнестические сведения, высказывания больного, весь контекст беседы почти всегда позволяют дать необходимую оценку состояния больного. Это правило для всей психиатрии. Оно особенно важно для депрессивных больных. Ведь примерно 10% больных депрессиями кончают жизнь самоубийством.

Особое место среди депрессивных состояний занимает группа депрессий, описываемая в последние 25—30 лет под самыми различными наименованиями: вегетативн ая депрессия, депрессия без депрессии, ларвированная (маскированная) депрессия, соматизированная депрессия и т.д. Во всех этих случаях речь идет о субдепрессивных состояниях, сочетающихся с выраженными, а нередко доминирующими в клинической картине вегетативно-соматическими расстройствами. Их интенсивность по сравнению с незначительно пониженным настроением, которое при этом как бы затушевывается, и позволяет обозначить такого рода депрессии как скрытые. Частота таких скрытых депрессий, встречающихся почти, если не исключительно, в амбулаторной практике, превышает число явных депрессий в 10—20 раз (BJacobowsky, 1961; Т.Ф.Пападопулос и И.В.Шахматова-Павлова, 1983). Первоначально такие больные лечатся у врачей самых различных специальностей, чаще всего у терапевтов и невропатологов, и поступают под наблюдение психиатров (если вообще поступают), нередко спустя продолжительные периоды времени после начала заболевания.

Симптоматология таких скрытых депрессий крайне разнообразна. Наиболее часто встречаются жалобы на расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы и органов пищеварения: кратковременные, продолжительные, нередко в форме пароксизмов болевые ощущения в области сердца, сопровождаемые в ряде случаев иррадиацией боли, как при стенокардии; различные нарушения ритма сердечной деятельности, вплоть до пароксизмов мерцательной аритмии, колебания уровня артериального давления; снижение аппетита —вплоть до анорексии, поносы, запоры, метеоризм, боли по ходу желудочно-кишечного тракта и т.д. Очень часто встречаются патологические, в частности, болевые ощущения: невралгические парестезии, мигрирующие или локализованные боли (боли, характерные для люмбаго, зубная боль, головные боли). Встречаются расстройства, напоминающие бронхиальную астму и диэнцефальные пароксизмы. Очень часто наблюдаются различные нарушения сна. В связи с тем, что депрессивные расстройства выявить трудно, но связь соматических расстройств с депрессией несомненна, многие называют встречающиеся при скрытых депрессиях вегетативно-соматические нарушения депрессивными эквивалентами (I.Lopez Ibor, 1968). Число таких эквивалентов с годами все более увеличивается. Сравнивая психопатологию скрытых депрессий с дебютом депрессий вообще, нельзя не заметить существующего между ними сходства— выраженность соматического компонента. Возможно, что скрытые депрессии представляют собой начальный этап развития депрессии, при котором длительно не происходит углубление психических расстройств, а соматические симптомы являются отчетливыми. В пользу такого предположения свидетельствуют случаи затяжных скрытых депрессий, при которых спустя 3—5 лет после начала заболевания в конце концов появляется отчетливый депрессивный компонент, а также те случаи, где болезнь развивается периодически и где опять-таки спустя годы очередное ухудшение проявляется и соматическими, и явными депрессивными расстройствами. О психической обусловленности соматических нарушений свидетельствуют и положительные результаты терапии антидепрессантами.

Существует несколько признаков, позволяющих заподозрить "скрытую депрессию":

1) больной длительно, упорно, а главное безрезультатно лечится у врачей различных специальностей;

2) эти врачи, несмотря на применение различных методов исследования, не находят у больного какого-либо конкретного соматического заболевания или же ограничиваются постановкой малоопределенного диагноза, например, "вегето-сосудистая дистония"; правда, у больного может быть диагностировано настоящее соматическое заболевание, но часто лишь клинически, без подтверждения объективными методами исследования;

3) несмотря на неудачи в лечении, больные упорно продолжают посещать врачей.

Психиатру, осматривая такого больного, целесообразно направить расспрос на выявление двух психопатологических расстройств —депрессии и бреда (упорно лечатся и по бредовым мотивам). Расспрос больного со "скрытой депрессией" почти всегда представляет трудности и во всех случаях требует времени. До визита к психиатру больной побывал у большого числа специалистов, во многих случаях подвергался различным методам объективного исследования, длительно лечился, но улучшения в своем состоянии не почувствовал. Он устал не только от своей болезни, но и от врачей. Направление к психиатру большинством из таких больных расценивается то как досадное обстоятельство или просто ошибка, то как желание от него избавиться: "все можно списать на нервы". Такие больные нередко приходят на прием к психиатру недовольные, взбудораженные, напряженные, настороженные, раздраженные. Визит к психиатру нередко расценивается ими как пустая формальность. Себя они считают больными соматически, говорят только о своем физическом неблагополучии, его предыстории и безрезультатном лечении. Нередко такие больные весьма упорно излагают собственные домыслы о причинах плохого самочувствия и неудачного лечения (всегда следует помнить о бреде). Совершает ошибку тот психиатр, который, пусть даже верно заподозрив имеющиеся психические расстройства, сразу же начнет задавать вопросы, направленные на их выявление. По характеру задаваемых вопросов больной сразу же понимает, за кого его принимают. Больной не подготовлен к таким вопросам. Даже если вопрос поставлен правильно и определенный симптом депрессии существует, больной может сказать, что его нет, и тем только собьет врача с толку. Лучше всего вначале дать больному выговориться. Из контекста его спонтанных высказываний очень часто можно выяснить признаки депрессивных расстройств, только больной будет их описывать своими словами. Вот их-то врач и должен уловить, т.к. разговаривать затем с больным лучше, используя его собственные выражения, которые затем переводятся врачом на язык психиатрических терминов и формулировок. Есть еще* один способ выявить скрытую депрессию: попросить больного рассказать подробно о том, как проходит его день, начиная с пробуждения и заканчивая им на следующий день. Обычно больные со "скрытыми депрессиями" делают это весьма охотно. По ходу такого рассказа врач может задавать уточняющие вопросы или же просить больного повторить уже сказанное — при повторном ответе больной нередко более точно формулирует первоначальные высказывания, в том числе и касающиеся болезни. Лучше задавать

повторные вопросы, используя слова больного. Этим легче завоевать расположение больного — врач говорит так, как больной думает сам.
МАНИАКАЛЬНЫЙ СИНДРОМ (син. мания) — сочетание повышенного настроения, ускорения темпа психической деятельности и двигательной активности.

Интенсивность перечисленных расстройств — так называемой маниакальной триады, колеблется в очень широком диапазоне. Наиболее легкие случаи называют гипоманией. Не всегда бывает легко правильно оценить болезненный характер этого состояния. Для многих окружающих это просто деятельные, хотя обычно и несколько разбросанные в своих поступках, веселые, общительные, находчивые, остроумные, предприимчивые и уверенные в себе люди. Благодаря оживленной мимике, быстрым движениям и живой речи, они кажутся моложе своего возраста. Болезненный характер всех этих проявлений становится очевидным при смене гипомании депрессией или же при углублении симптомов маниакальной триады.

При отчетливом маниакальном состоянии повышенное и радостное настроение сочетается с непоколебимым оптимизмом. Все переживания больных окрашены только в приятные тона. Больные беззаботны, у них нет проблем. Забываются прошлые неприятности и несчастья, не воспринимаются отрицательные события настоящего, будущее рисуется только в радужных красках — "маньяк никогда не думает о заходе солнца" (Лю-И-Тэ). Правда, веселое и доброжелательное настроение больных временами, особенно под влиянием внешних причин (нежелание больных подчиняться указаниям персонала, споры с окружающими и т.д.), сменяется раздражением и даже гневом, но это обычно лишь вспышки, быстро исчезающие, особенно если заговорить с больными миролюбивым тоном. Собственное физическое самочувствие представляется больным превосходным, ощущение избытка энергии — постоянное явление. Возможности реализовать многочисленные планы и желания кажутся неограниченными, препятствий для их осуществления не видят. Всегда повышено чувство собственного достоинства. Легко возникает переоценка своих возможностей — профессиональных, физических, связанных с предприимчивостью и т.д. Одних больных на какое-то время удается разубедить в преувеличенности их самооценок. Другие непоколебимо уверены в том, что они действительно способны совершить открытие, провести в жизнь важные социальные меры, занять высокое общественное положение и т.п. В этих случаях можно говорить о возникновении э к с п а н с и в н о г о б р е д а. Чаще это наблюдается у

больных зрелого и пожилого возраста. Обычно бредовые идеи немногочисленны, представляют собой констатацию факта и лишь относительно редко сопровождаются какими-либо доказательствами.

Больные говорят много, громко, быстро, часто не переставая. При продолжительном речевом возбуждении голос становится хриплым или сиплым. Содержание высказываний непоследовательно. Легко переходят от одной темы к другой, постоянно отклоняясь от основного предмета разговора, и если все же добираются до его конца, то с большими зигзагами. Существующая всегда повышенная отвлекаемость больных на всякие внешние, даже незначительные раздражители также способствует новому направлению в содержании их высказываний. При усилении речевого возбуждения не успевающая закончиться мысль уже сменяется другой, вследствие чего высказывания становятся отрывочными (скачка идей). Речь перемежается шутками, остротами, каламбурами, иностранными словами, цитатами. Нередко употребляются крепкие слова и выражения. Речь прерывается неуместным смехом, посвистыванием, пением. В беседе больные легко и быстро парируют задаваемые им вопросы и сами сразу же овладевают инициативой.

Характерен внешний облик больных. Глаза блестят, лицо гиперемировано, при разговоре изо рта часто вылетают брызги слюны. Мимика отличается живостью, движения быстры и порывисты, жесты и позы подчеркнуто выразительны. Больные нередко совершенно неспособны усидеть на месте. Во время бесед с врачом они меняют позу, вертятся, вскакивают с места, нередко начинают ходить и даже бегать по кабинету. Могут есть стоя, торопливо глотая плохо пережеванную пищу. Аппетит обычно значительно повышен. Как у мужчин, так особенно у женщин усиливается половое влечение. Нарастание симптомов маниакального возбуждения обычно происходит к вечеру. У одних больных в ночное время наблюдается бессонница, другие спят мало, но крепко.

В зависимости от преобладания в картине маниакального состояния тех или иных расстройств выделяют отдельные формы мании: "веселая" мания (повышенно-оптимистическое настроение с умеренным речевым и двигательным возбуждением); "гневливая" мания (сочетание повышенного настроения с недовольством, придирчивостью, раздражением); "спутайная" мания (возникновение на фоне повышенного настроения бессвязного речевого и беспорядочного двигательного возбуждения); "непродуктивная" мания (сочетаниеповышенного настроения и двигательного возбуждения с отсутствием стремления к деятельности, бедностью мышления, однообразием и непродуктивностью высказываний); "бредовая" мания (сочетание повышенного настроения с различными формами образного и реже интерпретативного бреда); "заторможенная" мания (сочетание повышенного настроения, в ряде случаев и речевого возбуждения с двигательной заторможенностью, достигающей интенсивности ступора); мания с дурашливостью (сочетание повышенного настроения, речевого и двигательного возбуждения с манерностью, детскостью, паясничаньем, глупыми или плоскими шутками). Описываемое в прошлом маниакальное буйство (furor maniacalis) — состояние резко выраженного психомоторного возбуждения с яростью или злобой, сопровождаемое разрушительными действиями и агрессией, в настоящее время встречается в виде исключения.

Маниакальные состояния часто сопровождаются теми же, что и депрессии, психопатологическими расстройствами более тяжелых регистров. При маниях значительно чаще, чем при депрессиях, возникают состояния помраченного сознания, в частности, в форме обнубиляции, аментивноподобных и сумеречных состояний. Маниакальные состояния могут возникать на фоне выраженного психоорганического синдрома и слабоумия.

В ряде случаев сочетания маниакального аффекта с другими психопатологическими расстройствами получили свои отдельные наименования (см. Симптомы психических болезней).

Расспрос больных с маниакальными синдромами обычно не представляет труда. Следует всегда помнить, что не следует проявлять в беседе с ними напористости. Когда речь идет о сложных синдромах, в которых маниакальный синдром является лишь компонентом, распрос обязательно, нередко в первую очередь, должен учитывать особенности других психопатологических нарушений — бреда, кататонических симптомов и т.д. В противоположность депрессии, диссимулировать маниакальное состояние невозможно.

Цеперсонализационно-дереализационный синдром

Деперсонализационно-дереализационный синдром — сочетание расстройства самосознания (изменение, отчуждение, раздвоение "я", снижение или утрата эмоционального резонанса) с ощущением изменения окружающего (отдаленность, призрачность, блеклость и т.д.); расстройство осознается как необычное или просто болезненное и сопровождается неприятными, зачастую мучительными переживаниями.

Соотношение проявлений двух основных компонентов синдрома может быть различным. Обычно деперсонализационные расстройства бывают более интенсивными и встречаются чаще, чем дереализационные. Деперсонализационно-дереализационный синдром подвержен усложнению. В одних случаях это усложнение происходит за счет того же круга расстройств; в других — за счет более тяжелых психопатологических нарушений. Так, невротическая деперсонализация по мере развития болезни может усложниться элементами анестетической деперсонализации, в которой преобладает не отчуждение чувств, а отчуждение своего "я", и далее появляется аутопсихическая деперсонализация (В.Ю.Воробьев, 1972; K.Hayg, 1939). Подобная динамика синдрома обычно сочетается с вялым, часто волнообразным за счет субдепрессивных расстройств, развитием болезни. Вялое течение наблюдается обычно и в тех случаях, когда невротическая и (реже) аутопсихическая деперсонализация усложняется отчетливым депрессивным или депрессивно-дисфорическим аффектом, сопровождаемым отдельными идеями самоуничижения и расстройствами, близкими к кататимному бреду или сенситивному бреду отношения.*

И невротическая, и аутопсихическая деперсонализация могут усложниться такими расстройствами, как явный бред, психические автоматизмы, кататонические симптомы (А.А.Меграбян, 1962; G.Berze, 1926; H.Gruhle, 1929). Признаком, указывающим на возможность такого усложнения, может служить расстройство, напоминающее бредовое настроение: появляется выраженная тревога, сопровождаемая ощущением необычных, но всегда несущих угрозу личному существованию или существованию окружающего переживаний. В ряде случаев появляется бредовая настроенность. В последующем возникают психические автоматизмы — преимущественно идеаторные и речедвигательные, которые затем доминируют в клинической картине, в то время как бредовой компонент остается неразвернутым. Дальнейшее усложнение может

* Сенситивный бред отношения (E.Kretschmer, 1918) — бредовые идеи отношения, возникновение которых тесно связано с конституциональными особенностями больного (повышенная впечатлительность, ранимость, склонность к фиксации на определенных обстоятельствах, неустойчивая эффективность), наличием реально обусловленных или не имеющих внешней причины переживаний и склонностью к интерпретативным построениям. Понятие сенситивного бреда отношения со времени его описания получило более широкую, чем это было первоначально, трактовку и используется не только, как это делал E.Kretschmer, для объяснения генеза некоторых форм паранойи.

идти по линии развития вторичной кататонии или видоизменения психических автоматизмов фантастическим содержанием, т.е. появления парафренных расстройств. Подобная динамика была отмечена АА.Меграбяном (1962). Правда, все наблюдения автора относятся к тому периоду времени, когда терапия психотропными средствами отсутствовала. Деперсонализация высших эмоций часто появляется и длительно существует без явлений дереализации. Лишь тогда, когда она достигает степени скорбного психического бесчувствия, могут возникнуть дереализационные расстройства. Выраженные меланхолические деперсонализационно-дереализационные нарушения могут сочетаться с тоской и идеомоторным торможением, но чаще депрессивный аффект проявляется тревогой и сочетается с ажитацией, способной сменяться раптоидными состояниями. При дальнейшем усложнении клинической картины возникает синдром Котара. Развитие болезни в случаях появления деперсонализации высших эмоций может быть приступообразным. Однако во многих случаях такие приступы затягиваются на ряд лет, а в позднем возрасте может возникнуть хроническое состояние.

Растерянность

Растерянность (син.: аффект недоумения, аффект растерянности) — мучительное непонимание больным ситуации и (или) своего состояния, которые представляются необычными, получившими какой-то новый, неясный смысл; сопровождается тоской, тревогой, страхом. Это "понятная реакция нормальной личности на прорыв острого психоза, при сохранении сознания зловещего чувства измененное™" (K.Jaspers, 1965)*.

Принято считать, что выделение и описание растерянности в качестве отдельного психопатологического расстройства принадлежит K.Wernicke (1906). Однако еще в 1895 г. J.Seglas дал подробное описание ее симптоматологии в случаях развития "первичной психической спутанности" — картины болезни, которая в настоящее время считается характерной для приступов рекуррентной шизофрении.

Патогномоничный для состояния растерянности аффект недоумения проявляется в первую очередь в высказываниях больных, следующих за вопросом или спонтанных. Типичны такие фразы: "со мною что-то происходит, ничего не понимаю, не могу разобраться в происходящем, кажется, схожу с ума, наверное, заболел" и т.д.

* Jaspers K. Allgemeine Psychopathologic. Achte unveranderte auflage, 1965, pS. 345.

Больные произносят слова неуверенно, с вопросительными интонациями. Их речь бедна словами, сбивчива, непоследовательна, временами бессвязна, прерывается паузами, продолжительным молчанием. Нередко ответы больных ограничиваются повторением каких-либо первых слов вопроса собеседника: "как Вы себя чувствуете?" — "Чувствуете" и т.д. О наличии аффекта недоумения могут свидетельствовать и такие словесные реакции больных: при вопросах, направленных на выявление психопатологических расстройств, задаваемых в косвенной форме, больные не дают ответов, но на прямо поставленные вопросы, содержащие готовую формулировку, отвечают: "Да, кругом происходит какая-то игра"; "Нет, я не испытываю чувства постороннего воздействия". Расспрос больных по миновании психоза показывает, что их ответы правильно отражали существовавшие в тот период времени психические нарушения. Правомерно сделать вывод, что при растерянности, во всяком случае, у значительного числа больных, в частности, шизофренией, отсутствует внушаемость.

В состоянии растерянности одни больные малоподвижны. Предоставленные себе, они сидят молча. На лице либо застывшее выражение удивления, сосредоточенности, обескураженности, либо эти мимические движения сменяют одно другое. Растерянность может сочетаться с им- ; пульсивным возбуждением.

Частым симптомом растерянности является сверхотвлекаемость внимания (гиперметаморфоз), в частности, проявляющаяся в отчетливой форме при беседах с больными. В этом состоянии при незначительных изменениях в окружающем (движения врача, колеблющаяся занавеска, случайные звуки — бой часов, капающя из крана вода и т.п.) больной реагирует на них мимикой, движением или словами регистрирующего содержания ("На Вас белый халат", "Вот вода капает", "Часы пробили"). Гиперметаморфоз существует и при отсутствии каких-либо заметных внешних раздражителей. Нередко гиперметаморфоз выражен чрезвычайно резко и первым привлекает к себе внимание врача.

Интенсивность растерянности подвержена значительным колебаниям на протяжении коротких отрезков времени. Особенно часто это можно наблюдать при шизофрении. Нерезко выраженная растерянность легко просматривается. Существует весьма достоверный признак, обнаружив который, с большой долей вероятности можно думать о том, что растерянность существует. Больные, находящиеся в состоянии неглубокой растерянности (обычно это больные шизофренией), способны сообщить о себе очень подробные и точные анамнестические сведения, в частности, касающиеся ранее существовавших психопатологических расстройств. Но по мере приближения расспроса к периоду настоящего заболевания ответы больных становятся все более и более неуверенными, и в конце концов они не в состоянии давать правильные ответы. Такая диссоциация при сообщении сведений о прошлом и о настоящем требует дифференциального диагноза с недоступностью. В последнем случае больной может сообщить многое из своей прошлой жизни, не касаясь существовавших в то время болезненных расстройств. Если же спросить о них, не говоря уж о расстройствах настоящего времени, больной сразу же перестает вообще отвечать на вопросы. В ряде случаев неглубокая растерянность может сочетаться с неполной доступностью. Обычно это наблюдается у больных шизофренией в тех случаях, когда психозу предшествовали изменения личности.

Растерянность может исчерпываться только аффектом недоумения и гиперметаморфозом — "пустая" растерянность. Обычно такая растерянность возникает при психозах экзогенно-органического генеза. Значительно чаще растерянность и при экзогенно-органических, и при эндогенных психозах сочетается с самыми различными продуктивными расстройствами: образным бредом, вербальными галлюцинациями, психическими автоматизмами, ложным узнаванием, состояниями помрачения сознания (делириозным, аментивным, сумеречным, начальной стадией онейроида). Проявления растерянности обуславливаются и нозологической принадлежностью заболевания, и особенностями состояния, при котором она возникает. Так, при острых мёталкогольных психозах (делирий, галлюциноз, алкогольный параноид) растерянность распространяется лишь на окружающее, но не на сознание своего "я", т.е. нет расстройства самосознания. При аментивном состоянии можно выявить лишь один аффект недоумения, сочетающийся с бессвязностью мышления, речи и движений.

Наиболее полно растерянность проявляется при шизофрении, прежде всего при рекуррентной и шизоаффективной, а также при непрерывной бредовой, когда паранойяльные расстройства сменяются параноидными. Во всех этих случаях существуют различные проявления образного бреда. Поэтому растерянность при шизофрении можно обозначить как бредовую. Эту растерянность отличают следующие особенности: при ней изменяется и самосознание, и сознание окружающего; всегда сохраняется не только та или иная степень рефлексии, но очень часто и сознание болезни, в том числе резко выраженное, являющееся в ряде случаев од-

ной из причин совершения больными самоубийств и иногда противоправных деяний; всегда наряду с растерянностью можно выявить самые различные продуктивные психопатологические расстройства, исключая помрачение сознания. Обнаружение последнего всегда свидетельствует против диагноза шизофрении. Углубление растерянности при шизофрении, прежде всего при рекуррентной и шизоаффективной, приводит к | з а г р у ж е н н о с т и — состоянию, определяющемуся обилием психопатологических расстройств с отрешенностью от окружающего.

На проявления растерянности при шизофрении большое влияние оказывает давность заболевания и предшествующие психозу изменения личности. Чем они значительнее, тем в состоянии растерянности меньше выражено недоумение, а рефлексии может не быть и вовсе. У таких больных обычно существует различной степени недоступность и отсутствует или резко снижено сознание болезни. На первый взгляд они нередко производят впечатление больных без симптомов психоза, лишь с выраженным дефектом личности. Это мнение усиливается относительно правильным их поведением. Однако расспрос таких больных всегда позволяет выявить у них ту или иную степень недоумения — в их высказываниях постоянно можно обнаружить неуверенность и вопросительные интонации, свидетельствующие о наличии растерянности.

Растерянность — острое психическое расстройство, дезорганизующее в короткий срок психическое состояние больного, оно требует немедленной психиатрической помощи.

Галлюцинаторно-бредовые синдромы

ГАЛЛЮЦИНОЗ — состояние непрерывного галлюцинирования, обусловленное наплывом преимущественно какого-либо одного вида галлюцинаций. В тех случаях, когда существует наплыв псевдогаллюцинаций (слуховых или зрительных), говорят о псевдогаллюцинозе.

Термин "галлюциноз" введен K.Wernicke (1900). Французские психиатры (H.Claude, 1932; H.Ey, 1973) относят к галлюцинозам только те психопатологические состояния, при которых у больных сохраняется критическое к ним отношение. Галлюцинозы (зрительные и слуховые) обычно являются в этом случае психопатологическим расстройством, свидетельствующим о локальном неврологическом поражении головного мозга. В русской и немецкой психиатрии основным признаком галлюцинозов всегда считалось существование при них ясного, непомраченного сознания. В зависимости от вида галлюцинаций или псевдогаллюцинаций выделяют слуховые (вербальные) и значительно более редкие — зрительные, тактильные и обонятельные галлюцинозы; по особенностям развития — острые и хронические галлюцинозы.

О с т р ы е г а л л ю ц и н о з ы всегда сопровождаются выраженными аффектами тревоги и (или) страха, во многих случаях — галлюцинаторным бредом, а также двигательными нарушениями и растерянностью. При х р о н и ч е с к и х г а л л ю ц и н о з а х среди сопутствующих расстройств наиболее част галлюцинаторный бред. Галлюцинозы, прежде всего острые, обычно усиливаются в вечернее и ночное время.

Вербальный галлюциноз — наплыв большого числа словесных галлюцинаций или псевдогаллюцинаций в виде монолога (моно-вокальный галлюциноз), диалога, множественных "голосов", "хора голосов", по выражению больных "поливокальный" галлюциноз). Содержание словесных галлюцинаций может быть моно- и политематичным, например, только угрозы или же угрозы, брань, насмешки, увещевание и т.д. В тех случаях, когда существуют истинные словесные галлюцинации, — "голоса" локализуются обычно в пределах "слуховой досягаемости" — на улице, на чердаке, на лестнице, за дверью и т.п. При слуховом псевдогаллюцинозе "голоса", "умственные, мысленные разговоры", локализуются или в голове, или в неопределенном по отношению к больному пространстве.

О с т р ы й в е р б а л ь н ы й г а л л ю ц и н о з в форме истинных словесных галлюцинаций часто сопровождается отчетливым образным компонентом. Больные рассказывают о том, что они слышат, с такими подробными деталями, что у собеседника постоянно возникает впечатление, что больные все это видят, а не слышат (с ц е н о п о д о б н ы г а л л ю ц и н о з). Во многих случаях сценоподобный вербальный галлюциноз отражает в содержании "голосов" последовательно развивающиеся события, например, сцены обвинения, пыток, суда, казни или оправдания. Существование сценоподобного галлюциноза отражается и на бредовых высказываниях. Они отличаются в этих случаях связностью и детализацией. Но эта систематизация бреда только внешняя: здесь существует бредовая убежденность и констатация фактов, но нет системы доказательств. Содержание бредовых высказываний тесно переплетается с галлюцинаторными расстройствами, являясь прямым их отражением. В отличие от систематизированного интерпретативного бреда, у больных с галлюцинозом можно постоянно выявить бредовое восприятие: например, в самых различных деталях окружения видят угрозу своему существованию. На высоте развития острого гал-

люциноза может возникать галлюцинаторный ступор (см. ниже). Видоизменение острого вербального галлюциноза по мере его развития происходит в сторону ослабления интенсивности, вплоть до полного исчезновения таких сопутствующих ему расстройств, как измененный аффект, растерянность, двигательные нарушения, а при тенденциях к затяжному развитию — и к смене истинных галлюцинаций псевдогаллюцинациями, если последние не существовали с самого начала. Псевдогаллюцинации могут оказаться преобладающими при хронических галюцинозах. При упрощении вербального галлюциноза его могут сменить вербальные иллюзии и функциональные галлюцинации.

Иллюзорный галлюциноз — наплыв множественных вербальных иллюзий обвиняющего или угрожающего содержания, возникающих на фоне выраженной тревоги, страха и двигательных нарушений, преимущественно в форме ажитации. При иллюзорном галлюцинозе в разговорах окружающих слышат обвинения или угрозы в свой адрес. Часто возникает бред преследования и обвинения. Иллюзорный галлюциноз нарастает в интенсивности при усилении внешних раздражителей и исчезает в тишине, в частности, в ночное время. В отличие от бреда, при иллюзорном галлюцинозе больные слышат действительно существующую речь могут видеть говорящих. При бредовых интерпретациях больные видят, что о них говорят, но обычно не слышат того, что говорят. В отличие от истинных вербальных галлюцинаций, при иллюзорном галлюцинозе о слышимом больные сообщают лишь в самых общих чертах. Говоря о содержании слышимого, они используют лишь отдельные слова или короткие фразы. Иллюзорный галлюциноз никогда не бывает сценоподобным. При нем отсутствуют такие непременные прзнаки вербальных галлюцинаций, как звучность, тон, персонификация — говорят окружающие (персонал, больные), но не конкретные лица. В отличие от галлюцинаций при иллюзорном галлюцинозе больные часто видят источник ошибочного слухового восприятия.

Встречаются вербальные галлюцинозы (сосудистого, травматического генеза), при которых наблюдается последовательная смена сенсорных расстройств. Так, первоначально развивается иллюзорный галлюциноз, в последующем появляется галлюциноз в форме истинных вербальных галлюцинаций, а далее возникает слуховой псевдогаллюциноз. Эти расстройства могут последовательно сменять друг друга, но могут и сосуществовать длительное время.

Зрительный галлюциноз — наплыв большого числа истинных зрительных галлюцинаций. Выделяют несколько типов зрительных галлюцинозов.

Зрительный галлюциноз Шарля Бонне возникает в позднем возрасте (у лиц старше 70—80 лет) при полной или частичной утрате зрения. Развивается галлюциноз остро и нередко по определенным закономерностям. Вначале появляются отдельные плоскостные зрительные галлюцинации. Далее их число растет и они приобретают объемность и сценоподобность. На высоте развития галлюциноз определяется множественными, подвижными, нередко цветными, то естественных размеров, то уменьшенными (лилипутными), "безмолвными" зрительными галлюцинациями. Содержание последних — люди, животные, картины быта или природы. Больные — заинтересованные зрители происходящего — относятся к нему с критикой. Она временно исчезает лишь на высоте развития галлюцинаторных расстройств. Обычно это хронический галлюциноз.

Зрительный галлюциноз Лермитта (педункулярный галлюциноз) возникает при локализации патологического процесса в ножках среднего мозга. Появляется в вечерние часы и ночью. Возникают множественные, подвижные, уменьшенных размеров (лилипутные), одушевленные (люди, животные, птицы), бесцветные зрительные галлюцинации. Они аффективно нейтральны или же вызывают удивление и интерес. Критическое отношение к галлюцинациям обычно сохраняется.

Зрительный галлюциноз Ван-Богарта возникает при энцефалите после периода сомнолентности. Проявляется множественными, цветными, подвижными, зооптическими (насекомые, рыбы, животные) зрительными галлюцинациями. Усложнение галлюциноза приводит к развитию делирия.

Зрительный галлюциноз при интоксикациях ДЛК проявляется множественными цветными галлюцинациями, аффектом тревоги, страха, паники.

Тактильный галлюциноз (дерматозойный бред Экбома — K.A.Ekbom, 1938; галлюциноз Берса-Конрада—N.Bers-K.Conrad, 1954; бред одержимости кожными паразитами) возникает в позднем, преимущественно в предстарческом возрасте. Больные испытывают зуд, жжение, укусы, уколы, боль. Патологические ощущения локализуются в самых различных участках тела на поверхности кожи, слизистых оболочек, под кожей и зависят, по убеждению больных, от проникновения в соответствующие участки тела мелких паразитов (жуки, клещи, блохи), или мелких колющих неодушевленных предметов (песок, осколки стекла), т.е. галлюциноз обычно сочетается с бредом. Нередко наблюдаются

зрительные иллюзии: в соскобах кожи, на шелушащихся ее участках больные видят паразитов или инородные тела, являющиеся, по словам больных, причиной их страданий. Могут присоединяться ипохондрические и нигилистические бредовые идеи. Развитие галлюциноза самое различное: регредиентное, в форме приступов, затяжное.

Обонятельный галлюциноз "в чистом" виде встречается очень редко. Обычно интенсивные обонятельные галлюцинации появляются у больных в определенных условиях, например, при нахождении в своей квартире. Нередко обонятельный галлюциноз сочетается с тактильным или же с сензитивным бредом отношения — в тех случаях, например, когда больные убеждены, что запахи (как правило, неприятные) исходят от них самих.

Галлюцинозы встречаются при самых различных психических болезнях, как соматически обусловленных, так и эндогенных (шизофрения). В последнем случае наиболее частая форма галлюцинозов — слуховой галлюциноз возникает обычно в тех случаях, когда в прошлом у больных наблюдались хронические или затяжные соматические заболевания (ревматизм, сепсис, длительные нагноительные процессы и т.д.), или интоксикации (алкоголизм), т.е. при наличии "патологически измененной почвы" (С.Г.Жислин, 1965). Слуховой псевдогаллюциноз свойственен почти исключительно шизофрении. "Патологически измененная почва" здесь совершенно не обязательна.

ПАРАНОЙЯЛЬНЫЙ СИНДРОМ — психопатологическое состояние, в котором доминирует первичный систематизированный бред, развивающийся при ясном сознании.

У одних больных преобладает бред преследования, отравления, ущерба, ревности, колдовства, порчи, т.е. бред причинения больному физического или морального вреда. Такой бред часто обозначают обобщенным названием "параноидный". Близко к параноидному бреду стоит ипохондрический бред и его разновидность — дисморфомания (бред физического недостатка). В других случаях преобладает экспансивный бред: реформаторства, изобретательства, величия, высокого происхождения, эротический бред. Монотематический сутяжный бред, как правило, относится к экспансивному бреду.

В зависимости от особенностей развития выделяют хронический и острый паранойяльные синдромы.

Хронический паранойяльный синдром сопровождается постепенным развитием бреда, его расширением и систематизацией. В одних случаях бред остается монотематичным; в других — последовательно

или одновременно возникают различные по содержанию бредовые идеи. Они могут объединяться единой системой или же существовать изолированно. В начальные периоды развития паранойяльного бреда, особенно часто у лиц пожилого возраста, наблюдается психопатическое поведение, которое может даже доминировать в клинической картине и затушевывать бред.

Развернутый паранойяльный синдром постоянно сочетается с повышенной активностью. У больных с экспансивным бредом обычно наблюдается открытая борьба за свои мнимые права и достижения. В такой борьбе больные способны индуцировать других людей, в первую очередь из числа лиц ближайшего окружения. У больных с параноидным бредом такая борьба нередко носит скрытый характер и способна завершиться внезапным нападением на мнимых противников. Бредовое поведение при паранойяльном синдроме обычно свидетельствует о достаточно систематизированном бреде.

Наряду с бредом у больных могут быть обнаружены сенсорные расстройства в форме немногочисленных вербальных иллюзий. Часто, а у больных позднего возраста почти постоянно, встречаются легкие аффективные расстройства — субдепрессивные у больных с параноидным бредом; гипоманиакальные — у больных с экспансивным бредом. В ряде случаев аффективные расстройства возникают периодически, а при шизофрении даже сезонно, и в эти периоды одновременно усиливается интенсивность бредовых идей. Больным с хроническим паранойяльным синдромом свойственна обстоятельность мышления —так называемая бредовая обстоятельность, наиболее отчетливо проявляющаяся при изложении содержания бредовых идей.

Острый паранойяльный синдром может возникать при развитии заболевания в форме приступа. В этих случаях интерпретативный бред обычно сочетается с элементами образного бреда. Систематизация бреда происходит лишь в общих чертах. Всегда существуют отчетливые аффективные расстройства — тревога, страх, восторженность с элементами экстаза. В начальный период развития бреда часто отмечается растерянность. По миновании острого паранойяльного синдрома может оставаться резидуальный бред или же нередко длительно существующий измененный аффект — субдепрессивный или гипоманиакальный.

Паранойяльный синдром может исчерпывать клиническую картину болезни; его усложнение происходит в первую очередь за счет параноидных и парафренных расстройств; значительно реже за счет аффективно-параноидных состояний. Усложнение длительно существующего па-

раноияльного синдрома чаще происходит у лиц молодого и среднего возраста и значительно реже при его возникновении во вторую половину жизни, и особенно в старости. Одним из признаков отсутствия последующего усложнения хронического паранойяльного синдрома является, возможно, развитие при нем ретроспективного бреда.

Паранойяльный синдром — термин, характеризующий бредовое состояние. Однако этот термин, особенно часто в судебной психиатрии, используется и по отношению к сверхценным идеям (см. раздел "интрапсихические расстройства").

Длительно существующие систематизированные сверхценные идеи способны повлечь за собой появление совершенно новых ценностных ориентации, затрагивающих самые различные стороны психической жизни (сверхценное мировоззрение). При наличии систематизированных сверхценных идей, особенно в тех случаях, когда сверхценные идеи принимают характер мировоззрения, и говорят о паранойяльном синдроме. Как правило, такой синдром сопровождается субдепрессивным или гипоманиакальным эффектом и обстоятельностью мышления.

ПАРАНОИДНЫЙ СИНДРОМ (галлюцинаторно-параноидный, галлюцинаторно-бредовой синдром) — сочетание интерпретативного или интерпретативно-образного бреда преследования (отравления, нанесения физического или морального вреда, уничтожения, материального ущерба, слежки), с сенсорными расстройствами в форме психических автоматизмов и (или) вербальных галлюцинаций.

Наиболее часто при параноидном синдроме встречается бред преследования. Введение этого термина в психиатрию так же, как и термина "преследуемые-преследователи" принадлежит E.Ch.Lasegue (1852) и J.P.Falret'y (1854). Систематизация бредовых идей любого содержания колеблется в очень широких границах. Если больной говорит о том, в чем заключается преследование (ущерб, отравление и т.д.), знает дату его начала, цель, используемые с целью преследования (ущерба, отравления и т.д.) средства, основания и цели преследования, его последствия и конечный результат, то речь идет о систематизированном бреде. В одних случаях больные достаточно подробно говорят обо всем этом, и тогда не составляет особого труда судить о степени систематизации бреда. Однако значительно чаще параноидному синдрому сопутствует та или иная степень недоступности. В этих случаях о систематизации бреда можно судить лишь по косвенным признакам. Так, если преследователей называют "они", не конкретизируя,

кто именно, а симптом преследуемого-преследователя (если он существует) проявляется миграцией или пассивной обороной (дополнительные замки на дверях, осторожность, проявляемая больным при приготовлении пищи и т.д.) — бред скорее систематизирован в общих чертах. Если говорят о преследователях и называют конкретную организацию, а тем более имена определенных лиц (бредовая персонификация), если существует симптом активного преследуемого-преследователя, чаще всего в форме жалоб в общественные организации, — речь, как правило, идет о достаточно систематизированном бреде. Сенсорные расстройства при параноидном синдроме могут ограничиться одними истинными слуховыми вербальными галлюцинациями, достигающими часто интенсивности галлюциноза. Обычно такой галлюцинаторно-бредовой синдром возникает в первую очередь при соматически обусловленных психических болезнях. Усложнение вербальных галлюцинаций в этих случаях происходит за счет присоединения слуховых псевдогаллюцинаций и некоторых других компонентов идеаторного психического автоматизма — "разматывания воспоминаний", чувства овладения, наплыва мыслей — ментизма.

При шизофрении в структуре сенсорного компонента параноидного синдрома доминирует психический автоматизм (см. ниже), в то время как истинные вербальные галлюцинации отступают на второй план, существуют лишь в начале развития синдрома или же отсутствуют вовсе. Психический автоматизм может ограничиться развитием лишь идеаторного компонента, в первую очередь "эхо-мыслей", "сделанных мыслей", слуховых псевдогаллюцинаций. В более тяжелых случаях присоединяются сенсорные и моторные автоматизмы. Как правило, при усложнении психический автоматизм сопровождается появлением бреда психического и физического воздействия. Больные говорят о воздействии со стороны на их мысли, физические отправления, о действии гипноза, специальных аппаратов, лучей, атомной энергии и т.п.

В зависимости от преобладания в структуре галлюцинаторно-бредового синдрома бреда или сенсорных расстройств выделяют бредовой и галлюцинаторный его варианты. При бредовом варианте бред обычно систематизирован в большей степени, чем при галлюцинаторном, среди сенсорных расстройств преобладают психические автоматизмы и больные, как правило, или малодоступны, или недоступны совсем. При галлюцинаторном варианте преобладают истинные вербальные галлюцинации. Психический автоматизм остается зачастую неразвернутым, и у больных всегда можно выяснить те или

иные особенности состояния, полная недоступность здесь скорее исключение. В прогностическом отношении бредовой вариант обычно хуже галлюцинаторного.

Параноидный синдром, особенно в бредовом варианте, нередко представляет собой хроническое состояние. В этом случае его появлению часто предшествует исподволь развивающийся систематизированный интерпретативный бред (паранойяльный синдром), к которому через значительные промежутки времени, нередко спустя годы, присоединяются сенсорные расстройства. Переход паранойяльного состояния в параноидное обычно сопровождается обострением болезни: появляется растерянность, двигательное возбуждение с тревогой и страхом (тревожно-боязливое возбуждение), различные проявления образного бреда. Такие расстройства продолжаются дни или недели, а затем устанавливается галлюцинаторно-бредовое состояние.

Видоизменение хронического параноидного синдрома происходит или за счет появления парафренных расстройств, или за счет развития так называемой вторичной, или последовательной, кататонии.

При остром параноидном синдроме образный бред преобладает над интерпретативным. Систематизация бредовых идей или отсутствует, или же существует лишь в самом общем виде. Всегда наблюдается растерянность и выраженные аффективные расстройства, преимущественно в форме депрессии, напряженной тревоги или страха. Изменяется поведение. Нередко возникает двигательное возбуждение, импульсивные действия. Психические автоматизмы обычно ограничиваются идеаторным компонентом; истинные вербальные галлюцинации могут достигать интенсивности галлюциноза. При обратном развитии острого параноидного синдрома нередко длительно сохраняется отчетливый депрессивный или субдепрессивный фон настроения, иногда в сочетании с резидуальным бредом.

Расспрос больных с параноидным синдромом, так же как и больных с другими бредовыми синдромами (паранойяльным, парафренным) (см. ниже), часто представляет большие трудности из-за их недоступности. Такие больные подозрительны, говорят скупо, как бы взвешивая слова неопределенно. Заподозрить существование недоступности позволяв типичные для таких больных высказывания ("зачем говорить об этом, там все написано, вы знаете и я знаю, вы же физиономист, давайте поговорим о чем-нибудь другом" и т.д.). При полной недоступности больной не говорит не только о имеющихся у него болезненных расстройствах, но и о событиях своей обыденной жизни. При неполной доступности больной нередко сообщает о себе подробные сведения, касающиеся бытовых вопросов, но тотчас замолкает, а в ряде случаев становится напряженным и подозрительным при вопросах — прямых или косвенных, касающихся его психического состояния. Такая диссоциация между тем, что больной сообщил о себе вообще и как он реагировал на вопрос о своем психическом состоянии, всегда позволяет предполагать малую доступность постоянный или же очень частый признак бредового состояния. Во многих случаях для получения от "бредового" больного необходимых сведений его следует "разговорить" на темы, не имеющие прямого отношения к бредовым переживаниям. Редкий больной во время такого разговора случайно не обронит какой-либо фразы, имеющей отношение к бреду. Такая фраза зачастую имеет, казалось бы, самое обыденное содержание ("да что там говорить, живу хорошо, вот только с соседями не совсем повезло..."). Если врач, услышав подобную фразу, сумеет задать уточняющие вопросы бытового содержания, очень вероятно, что он получит сведения, являющиеся клиническими фактами. Но даже если в результате расспроса врач не получает конкретных сведений о субъективном состоянии больного, он по косвенным признакам почти всегда может сделать вывод о существовании недоступности или малой доступности, т.е. о наличии у больного бредовых расстройств.

ПАРАФРЕННЫЙ СИНДРОМ (парафрения, бред парафренный, бред воображения E.Dupre, 1914; фантазиофрения, фантастически-параноидный синдром) — сочетание экспансивного бреда с бредом преследования, слуховыми галлюцинациями и (или) психическими автоматизмами, измененным аффектом.

В содержании экспансивного бреда обычно преобладают идеи величия с различной степенью их систематизации. Наряду с бредом величия могут возникать идеи богатства, реформаторства, мессианства, высокого происхождения, эротического содержания. Экспансивный бред часто сосуществует с бредом преследования, отравления, физического уничтожения, ипохондрическим, т.е. с параноидным бредом. В ряде случаев параноидный бред преобладает над экспансивным. Кроме того, параноидный бред может сопровождаться фантастическим видоизменением своего содержания — больные обвиняют в преследовании, отравлении и т.д. лиц высокого социального происхождения, различные организации государственной власти, международные организации и т.п. Больной всегда находится в центре необычных, а подчас и грандиозных событий. В ряде случаев возникает антагонистический (манихейский) иретроспективный бред.

Из сенсорных расстройств чаще всего встречаются различные проявления психического автоматизма, нередко все три вида одновременно — идеаторный, сенестопатический и двигательный, а также вербальный галлюциноз, иллюзии ложного узнавания. Сенсорные расстройства могут получать фантастическое содержание: больные сообщают о воздействии на них межконтинентальных и космических аппаратов, о мысленных разговорах с историческими личностями и т.п. Аффективные расстройства чаще проявляются в форме повышенного настроения, способного достигать степени маниакального состояния.

В зависимости от преобладания в структуре парафренного синдрома тех или иных психических расстройств выделяют различные его формы.

При систематизированной парафрении господствует систематизированный бред преследования, а экспансивный бред отступает на второй план. При фантастической парафрении доминируют множественные, лишенные четкой систематизации экспансивные бредовые идеи, в первую очередь величия. Преобладание в клинической картине бредовых конфабуляций свойственно конфабуляторной парафрении. При ней, как правило, существует ретроспективный бред и нередко — псевдогаллюцинаторные воспоминания. Для экспансивной парафрении характерен выраженный повышенный аффект. Парафренный синдром может определяться преобладанием не бреда, а сенсорных расстройств фантастического содержания — галлюцинаторная парафрения. Больные с систематизированной парафренией сдержанно-высокомерны, малодоступны, а нередко и просто недоступны, склонны к иронии, мрачны и злобны. Расспрос таких больных целесообразно начинать с выявления сенсорных расстройств, в то время как о бреде следует спрашивать в последнюю очередь. Больные с другими формами парафренного синдрома обычно более словоохотливы. В высказываниях больных с парафренным синдромом нередко встречаются неологизмы.

Парафренный синдром развивается при хронических психозах — хроническая парафрения. Наряду с хроническим парафренным синдромом существует острый Парафренный синдром (острая парафрения). Содержание бреда при острой парафрении во многом соответствует тому, что наблюдается и при хронической парафрении. Различия состоят в отсутствии при острой парафрении систематизации бредовых идей, их изменчивости, постоянном наличии выраженного образного компонента. Всегда встречается или повышенно-экстатический, или пониженно-тревожный аффект. Острая

парафрения возникает при развитии психозов в форме приступов. Хронической парафрении всегда, а острой парафрении в большинстве случаев предшествуют более простые синдромы, чаще всего бредовые (паранойяльный, параноидный), реже галлюцинозы. Развитие парафренного синдрома — свидетельство прогрессировать заболевания. Усложнение парафренного синдрома происходит за счет речевых расстройств, чаще всего шизофазии, значительно реже за счет речевой бессвязности. Терапия психотропными средствами сделала редким развернутый парафренный синдром. Чаще всего парафренный синдром встречается при шизофрении. Изредка хроническая галлюцинаторная и конфабуляторная парафрении возникают при психозах травматического, алкогольного и сифилитического генеза, а также при старческих психозах, чаще при старческом слабоумии.

Среди разнообразных проявлений, свойственных параноидному и парафренному синдромам, важное место принадлежит синдрому Кандинского—Клерамбо и синдрому Капгра.

СИНДРОМ КАНДИНСКОГО—КЛЕРАМБО (синдром психического автоматизма; синдром внешнего воздействия; синдром влияния; синдром вторжения; синдром отчуждения; синдром овладения; синдром "S") — отчуждение или утрата принадлежности своему "я" собственных психических процессов (мыслительных, чувственных, двигательных), сочетающееся с ощущением влияния посторонней силы; сопровождается бредом психического и физического воздействия и (или) бредом преследования.

Первое всестороннее описание симптоматологии данного расстройства принадлежит В.Х.Кандинскому (1885). В работах G. de Glerambault (1920—1926) дана классификация выделенных ранее В.Х.Кандинским симптомов и произведено их объединение в синдром. Выделяют три вида психических автоматизмов:

1) ассоциативный (идеаторный, идеовербальный, высший психический);
2) сенсорный (сенестопатический, чувственный);
3) двигательный (моторный, кинестетический).

Ассоциативный автоматизм часто начинается, особенно в молодом и среднем возрасте, с ощущения нарушения мышления. Течение мыслей ускоряется, замедляется; происходит внезапная остановка мыслей. Возникают "параллельные", "пересекающиеся" мысли, мысли отвлеченного содержания, неясные воспоминания. Периодически, особенно в вечернее время, появляются безостановочно следующие одна за дру-

гой мысли, преимущественно тягостного содержания, ни на одной из которых невозможно сконцентрировать свое внимание — ментизм. В ряде случаев такой идеаторный ментизм может сопровождаться образными представлениями, содержание которых соответствует возникающим мыслям. Образный ментизм может возникать и сам по себе, без идеаторного компонента. Перечисленные симптомы воспринимаются как принадлежащие субъекту; отмечается лишь некоторое ощущение утраты над ними контроля. Их сочетание G. de Clerambault (1927) обозначил термином "малый психический автоматизм". Эти расстройства могут появляться, исчезать, оставаться длительно. Они не сопровождаются выраженной на них реакцией больного. В последующем появляется ощущение, что мысли, представления, желания первоначально возникают как бы вовне и лишь затем становятся принадлежащими больному — предвосхищающие, опережающие переживания. Может возникать ощущение, что собственные мысли и чувства каким-то образом становятся известны окружающим— симптом открытости мыслей. В тех случаях, когда окружающие начинают произносить вслух то, о чем думает больной — говорят об эхо-мыслях.

Последующее усложнение ассоциативных автоматизмов связано с появлением "мысленных, внутренних диалогов", "мысленных, беззвучных разговоров умом", "телепатического мысленного общения", "передачи мыслей", затрагивающих самые различные, в том числе и интимные, стороны жизни больных. Чаще такие "разговоры" неприятны, временами мучительны и сопровождаются депрессивным аффектом. Данное расстройство, лишенное акустического компонента, J.Baillarger (1844) обозначил термином "психические галлюцинации". С их возникновением усиливается ощущение непроизвольности психических процессов, а затем их чуждости субъекту.

Усложнение психических галлюцинаций акустическим компонентом — их озвучивание, превращение во "внутренние голоса" — свидетельствует о возникновении слуховых вербальных псевдогаллюцинаций. Помимо слуховых, появляются и другие виды псевдогаллюцинаций, чаще всего зрительные. Псевдогаллюцинации — "ядерное" расстройство синдрома Кандинского—Клерамбо. По определению В.Х.Кандинского (1890), это "весьма живые и чувственные, до крайности определенные образы". Они отличаются от истинных галлюцинаций лишь отсутствием характера объективной действительности. Псевдогаллюцинации чаще ограничиваются сферой представлений, но могут

проектироваться и вовне, т.е. так же, как и истинные галлюцинации, обладать экстрапроекцией. Псевдогаллюцинации всегда сопровождаются бредовой убежденностью в том, что их возникновение обусловлено вмешательством внешней, посторонней силы — бред воздействия. Воздействие на психические процессы называют бредом психического воздействия. Источником воздействия являются различные приспособления, названия которых отражают-существующий уровень технического развития электричество, радио, лучи рентгена, атомная энергия и др. Воздействие производится с целью нанести больному вред, значительно реже с благожелательной целью — перевоспитать, укрепить волю, подготовить к будущему и т.п.

К ассоциативному автоматизму относятся такие расстройства, как "сделанные, навязанные, отнятые, вытянутые" мысли и представления, "сделанные сновидения и воспоминания" ("разматывание воспоминаний"), псевдогаллюцинаторные воспоминания. Ассоциативный автоматизм может проявляться насильственными изменениями в аффективной сфере — "делают настроение", "вызывают радость, злобу, печаль, страх, восторг" и т.д.

Названия перечисленных расстройств без труда раскрывают их содержание, за исключением симптома псевдогаллюцинаторных воспоминаний — псевдогаллюцинаторных псевдовоспоминаний (В.Х.Кандинский, 1890). Это расстройство возникает на фоне усиления слуховых псевдогаллюцинаций и сопровождается тревожно-напряженным или напряженно-экстатическим аффектом. Вот как описывает его сам В.Х.Кандинский:

"Но, вот, ему припоминается, сначала смутно ... что-то такое странное и таинственное ... Вот, вот ..., о, боже, и как он только мог позабыть это. Ведь именно так, до мельчайших подробностей, так было в действительности, как это сразу ожило с такой необычной яркостью и странной неотступностью. В своем внутреннем видении Соломонов вдруг видит большую залу старого отцовского дома; он сам, тогда девятилетний мальчик, сидит за желтым ясеневым угловым столом, держа перед собой раскрытую большую книгу в старинном кожаном переплете с медными застежками; недалеко от стола сидит у окна мать, нагнувшись над вышиванием; на заднем плане картины стоит отец, опершись рукой на спинку кресла. Но как странна та книга, которую читал Соломонов; она напечатана какими-то особенными литерами и украшена разными символическими рисунками ... на той странице, на которой тогда эта книга была раскрыта перед Соломоновым, речь шла об "антихристе", о том, что на нем с детства должна лежать "печать", заключающаяся в трех знаках (помимо описания в тексте, эти знаки — скошенный глаз, оконечность

копья, лучистая звезда — были изображены в книге, каждый в отдельности, в виде рисунков, и эти псевдовспомненные рисунки с особенной живостью видны теперь больному его внутренним зрением): антихрист должен иметь правый глаз косым, на середине лба он должен носить образ копья, а на левой стороне груди — образ звезды... Однако он, Соломонов, плохо тогда понимал читаемое и поэтому, повернувшись к отцу, хотел попросить у него разъяснения, но в этот момент заметил, что последний смотрит на него с выражением напряженного любопытства на лице... Но тут мать, встав с места, подошла к нему, и закрыв перед ним книгу, обняла со словами "бедный, ты со временем поймешь, что здесь написано!"... О, какое болезненное выражение было на лице матери в ту минуту... Со времени этого псевдогаллюцинаторного псевдовоспоминания больной решительно стал видеть в себе лицо, с детства обреченное на мистериозную роль "антихриста".

В.Х.Кандинский отметил главные признаки описанного им расстройства: мгновенное превращение представления в псевдогаллюцинацию, ее восприятие в качестве действительного факта, крайнюю интенсивность и отчетливость чувственного представления (сценоподобность с мельчайшими деталями), независимость от воли и неотвязность, восприятие в качестве действительного факта. Псевдогаллюцинаторные воспоминания всегда появляются на фоне измененного, нередко экстатического аффекта и тесно переплетаются с доминирующими бредовыми идеями. Развитие псевдогаллюцинаторных воспоминаний сопровождается чувством облегчения и ощущением, что забвение прошло. Они могут быть и единичными, и множественными. Возникают обычно при парафренном синдроме.

Сенсорный автоматизм проявляется возникновением, чаще во внутренних органах, неприятных, тягостных или болевых ощущений, сопровождаемых убежденностью в том, что они вызываются со специальной целью воздействием извне — бред физического воздействия. Больные сообщают об ощущениях сдавления, стягивания, перекручивания, натяжения, боли, холода, жжения и т.д. К сенсорному автоматизму относится также и воздействие на физиологические отправления организма больного: вызывают половое возбуждение, извращают аппетит, обоняние, вкус, задерживают или, напротив, вызывают дефекацию и мочеиспускание.

Двигательный автоматизм — убежденность больных в том, что совершаемые ими движения и поступки происходят под воздействием внешней силы. Вначале появляются отдельные ненужные, непроизвольные жесты или мимические движения, возникают мгновенно проходящие состояния обездвиженности. Их сопровождает ощущение непроизвольности и чуждости субъекту. Развернутый двигательный автоматизм

сопровождается бредовой убежденностью в том, что поступки обусловлены воздействием извне.

К двигательному автоматизму относят и психомоторные галлюцинации (J.Seglas, 1895, 1914). Автор выделил три степени развития этого расстройства. Вначале при мысленном произнесении слов возникает ощущение движений в губах и языке, остающихся неподвижными. Затем мысленно произносимые слова приобретают звучание, и одновременно с этим начинают испытывать легкое шевеление губ и языка. Наконец, в них возникают настоящие артикуляционные движения, сопровождаемые насильственным произнесением вслух слов или фраз. Психомоторные галлюцинации представляют собой расстройство, в котором объединены ассоциативный и двигательный автоматизм.

В ряде случаев бред воздействия при синдроме Кандинского—Клерамбо сопровождается бредом насильственного превращения субъекта в другое лицо, в том числе и в лицо другого пола, в животное, в неодушевленный предмет. Одновременно с изменением внешнего облика может произойти и изменение внутренней сути. Возникает таким образом разновидность бреда метаморфозы. Психические автоматизмы могут сопровождаться транзитивизмом — бредовой убежденностью больного в том, что все, испытываемое им лично, испытывают также и окружающие лица, а в ряде случаев больные утверждают, что воздействие распространяется лишь на одних окружающих, которые и являются больными. Расстройства, определяющие психический автоматизм, могут приобретать фантастическое содержание, т.е. сопровождаться парафренным видоизменением.

Чаще всего и обычно первым возникает идеаторный автоматизм. Он может сочетаться с сенсорным (чаще) и с двигательным (реже) автоматизмами. Иногда первым возникает сенсорный автоматизм. Моторный автоматизм возникает вслед за идеаторным и (или) сенсорным. Его появление при хроническом развитии болезни свидетельствует об ее давности. В тех случаях, когда одновременно существуют все три вида психических автоматизмов, говорят о тройном автоматизме (G. de Clerambault, 1927).

В зависимости от преобладания в структуре психического автоматизма псевдогаллюцинаций или бредового компонента, выделяют галлюцинаторный и бредовой его варианты; в зависимости от особенностей развития синдрома Кандинского—Клерамбо — хронический, подвергающийся постепенному усложнению, и острый, возникающий в короткие сроки, исчисляемые нередко часами и днями.

Хронический вариант психического автоматизма встречается почти исключительно при шизофрении, прежде всего тогда, когда процесс развивается непрерывно; очень редко — в случаях хронических психозов при эпидемическом энцефалите, при психической эпилепсии, при герстмановских формах прогрессивного паралича. Острый вариант психического автоматизма обычно сопровождается разнообразными псевдогаллюцинациями и чаще всего также встречается при шизофрении — различных ее вариантах с преобладанием приступообразного развития. Частота психического автоматизма при шизофрении послужила поводом обозначить его как "ядерное шизофреническое расстройство". При других психических болезнях острый вариант психического автоматизма встречается значительно чаще, чем хронический. Он возникает при галлюцинаторно-бредовых травматических психозах в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы; при острых металкогольных психозах (делирии, галлюциноз); при психической эпилепсии, проявляющейся приступами галлюцинаторно-бредовых расстройств; при сосудистых психозах, сопровождаемых вербальным галлюцинозом. Во всех этих случаях психический автоматизм имеет ряд сходных особенностей, отличающих его от эндогенного (возникающего при шизофрении) психического автоматизма. К этим особенностям относятся:

1. Психический автоматизм при соматически обусловленных психозах никогда не является инициальным расстройством и возникает лишь на высоте психоза, когда получает полное развитие определяющее этот психоз расстройство — в первую очередь истинный вербальный галлюциноз или состояние помрачения сознания (делирии, сумерки). Здесь психический автоматизм'представляет собой своего рода кульминацию в развитии психоза.

2. Обычно возникают лишь отдельные компоненты идеаторного автоматизма — ментизм, чувство овладения, псевдогаллюцинации; сенсорный автоматизм представлен, как правило, сравнительно простыми сенсациями; проявления моторного автоматизма — мимолетны. Бред воздействия выражен обычно слабо, его может вообще не быть. Тройной автоматизм не встречается.

3. На проявления психического автоматизма большое значение оказывает картина психоза, при котором он возникает: при делирии преобладают зрительные псевдогаллюцинации, при галлюцинозах — слуховые псевдогаллюцинации. Псевдогаллюцинации редко и очень на короткое время могут вытеснить истинные галлюцинации. Обычно же они сосуществуют. Редукция психоза начинается с психических автоматизмов. Они никогда (при экзогенно-органических психозах) не остаются в форме резидуальных расстройств.

Расстройства, относящиеся к синдрому Кандинского—Клерамбо, могут возникать в любом возрастном периоде. У детей в вечерние часы появляются зрительные псевдогаллюцинации и ментизм, в том числе и образный. В пубертатном и особенно в юношеском возрасте синдром Кандинского—Клерамбо может проявиться всеми своими тремя компонентами. Именно в этом периоде (и несколько позже) почти всегда (при шизофрении) можно выявить расстройства, относящиеся к малому психическому автоматизму. Идеаторный компонент является в этот период, пожалуй, наиболее выраженным. Чаще больные говорят о наличии психического воздействия, например, с помощью гипноза, внушения, а не о воздействии техническими средствами. Хотя в юношеском и более позднем возрасте могут возникать все три компонента автоматизма, характеризующий их "набор" симптомов обычно невелик. Автоматизм, как и сопровождающий его бред, зачастую носит своего рода "оскольчатый" характер. Приводимые в учебных пособиях по психиатрии описания синдрома Кандинского—Клерамбо отражают в первую очередь его особенности у лиц зрелого возраста и относятся, как правило, к шизофрении. Здесь может встречаться не только тройной автоматизм; нередко у одного больного выражены все расстройства, относящиеся к каждому из трех его компонентов — идеаторному, сенсорному, моторному. Автоматизм может сопровождаться выраженным бредом психического и физического воздействия, систематизированным бредом параноидного содержания. Классическим примером психического автоматизма этого возрастного периода могут служить факты, изложенные в истории болезни больного Дм. Перевалова, приведенной В.Х.Кандинским * (см. раздел «интрапсихические расстройства»). В тех случаях, когда психический автоматизм впервые развивается после 55—60 лет, его структура имеет свои особенности. Идеаторный компонент проявляется чаще слуховыми псевдогаллюцинациями; отчуждение психических актов обычно выражено слабо. Редуцирован и может даже отсутствовать моторный автоматизм. Преобладающим является сенсорный автоматизм — воздействие техническими средствами, в первую очередь, на кожные покровы, а из областей тела — на половые органы.

При экзогенно-органических психозах позднего возраста психический автоматизм наиболее выражен в тех случаях, когда в клинической

* Кандинский В.Х. О псевдогаллюцинациях. М., Медгиз, 1952, с. 45—48.

картине психоза преобладает вербальный галлюциноз. Его усложняет, а позже вытесняет вербальный псевдогаллюциноз.

СИНДРОМ КАПГРА (симптом Капгра; иллюзии двойников; иллюзорное узнавание; синдром ошибочного узнавания и неузнавания) — ложное узнавание людей, предметов окружающей обстановки. J.Capgras (1923) описал один из компонентов синдрома, назвав его "иллюзия ложного узнавания". Последующие исследования выявили другие, относящиеся к ложным узнаваниям расстройства. Все их можно разделить на три основные формы.

Иллюзорно-бредовая форма ложных узнаваний отличается тем, что ложно узнаваемые лица обычно точно идентифицируются: это такой-то или такая-то. Признаков, на основании которых происходит идентификация, не приводится. Узнавание лишь констатируется. Ложное узнавание распространяется на большое число окружающих больного людей. В одних случаях их считают родственниками или знакомыми, в других — называют именами исторических деятелей. Одному и тому же иллюзорно-ложноузнаваемому лицу на протяжении коротких отрезков времени могут даваться самые различные имена. Всегда существует бредовое убеждение в том, что узнанные лица появились неспроста и их присутствие имеет какой-то скрытый смысл. Иллюзорно-бредовое ложное узнавание может длиться дни—недели или возникает в форме эпизодов. Ему всегда сопутствуют различные проявления образного бреда, сопровождаемые растерянностью, аффективными расстройствами, отдельными кататоническими симптомами; может наблюдаться картина острой парафрении.

Бред двойников. Бредовая форма ложных узнаваний. Сюда относятся симптом положительного и отрицательного двойников (J.Vie, 1930) и симптом Фреголи* (P.Courbon, G.Fail, 1927). При симптоме положительного двойника больной убежден в том, что незнакомые лица специально подделываются под родных и знакомых. При симптоме отрицательного двойника родные и знакомые воспринимаются как чужие люди, добившиеся сходства с родственниками, подделываясь под их внешний вид. При симптоме Фреголи больные говорят о том, что одно и то же, конкретное лицо, способно полностью или частично изменить свою внешность, чтобы по определенным мотивам не быть ими (больными) узнанным.

При бреде двойников изменение внешности объясняется больными как результат специально примененного грима и смены одежды. Ложное узнавание обосновывается доказательствами. С этой целью больными используются особенности физических, экспрессивно-поведенческих и моральных признаков, свойственных предполагаемым лицам. Однако полная идентификация реального лица и "двойника" встречается скорее как исключение. Больные почти всегда указывают на отдельные или на многие признаки (иные цвет глаз, черты лица, форма кисти руки и т.д.), отличающие "двойника" от истинного лица. Несмотря на отсутствие тождества реального лица и "двойника", больные непоколебимо верят в существование последнего. При симптоме Фреголи перевоплощение одного и того же лица также воспринимается лишь как частичное. В то же время между несколькими различными по внешности ложноузнаваемыми людьми устанавливается тождественность.

Симптом положительного двойника может касаться многих лиц; симптом отрицательного двойника распространяется на одного-двух, редко большее число близких родственников; симптом Фреголи касается одного лица. Таким образом, при бреде двойников по сравнению с иллюзорно-бредовой формой число ложноузнаваемых лиц значительно сокращается. Содержание бреда двойников остается в сознании больного в форме бредовой убежденности на длительные сроки и тогда, когда объект исчезает из поля зреня. Для больного достаточно ясна роль каждого "двойника". Содержание бреда двойников тематически связано с теми бредовыми идеями, которые наблюдаются у больного. Симптом отрицательного двойника сочетается обычно с депрессивно-параноидным и значительно реже с параноидным синдромами; он может встретиться и при синдроме Котара. Симптом положительного двойника и симптом Фреголи сочетаются с парафренным синдромом.

Бред интерметаморфозы — ложные узнавания с бредом и сенсорными расстройствами (P.Courbon, J.Tusques, 1932). В этом случае ряд лиц способны, по убеждению больных, к полному физическому и моральному перевоплощению. При данном расстройстве всегда существует система доказательств, обосновывающая такие превращения. Бред интерметаморфозы тесно связан не только с доминирующими бредовыми идеями, но очень часто и с сенсорными расстройствами в форме психических автоматизмов. Больные говорят, что "превращения" носят "насильственный" характер, что под влиянием гипноза и иных форм внешнего воздействия их "заставляют узнавать в одном лице несколько лиц", "прорисовывают в реальных обликах другие образы". Бред интерметаморфозы возникает при затяжных и хронических парафренных состояниях. Бред двойников и бред интерметаморфозы могут существовать годами.

* Фреголи — известный в свое время итальянский комик-трансформатор.

Перечисленные формы ложных узнаваний встречаются почти исключительно при шизофрении. Лишь симптом отрицательного двойника возникает при других психических болезнях — инволюционная меланхолия, циркулярная депрессия у больных пожилого возраста. Не случайно H.Dietrich (1962) считает, что описанные французскими психиатрами ложные узнавания наряду с первичным интерпретативным бредом и психическим автоматизмом представляют собой симптомы первого ранга при шизофрении. При ее прогредиентном развитии часто наблюдается тенденция к последовательной смене более легкого типа ложных узнаваний (иллюзорно-бредового) более тяжелыми (бред двойников, бред интерметаморфозы). Это встречается при непрерывной бредовой и близкой к ней по симптоматологии и особенностям развития приступообразно-прогредиентной шизофрении.

Наряду с "эндогенными" типами ложных узнаваний, образующими синдром Капгра, существуют ложные узнавания, встречающиеся почти исключительно при психических болезнях экзогенно-органического генеза, а также при невротических состояниях. У одних больных такие ложные узнавания проявляются в форме неопределенной знакомости или отдаленного сходства внешнего облика лиц, значительно реже — предметов и обстановки; у других — ложные узнавания сопровождаются убежденностью в полной идентификации каждого из этих объектов. В последнем случае попадающие в поле зрения люди называются конкретными именами или прозвищами тех, за кого их принимают; если это предметы — их обладатель; если обстановка, то она конкретизируется. Каких-либо доказательств своим утверждениям больные не приводят. Ложные узнавания с полной идентификацией легко вызвать соответствующим вопросом, но больные так же легко от них отказываются. Они не фиксируют внимания на только что узнанном и названном ими лице или предмете и тотчас забывают о них. Такие ложные узнавания чаще касаются ограниченного числа лиц или предметов, реже бывают множественными. Они возникают отдельными мимолетными эпизодами.

Ложные узнавания с чувством неопределенной знакомости появляются на фоне астении. Значительно чаще они, а также ложные узнавания с констатацией полной идентификации наблюдаются при состояниях помрачения сознания, в первую очередь при делирии, реже при сумеречных состояниях, а также при амнестических синдромах различного генеза (алкогольного, травматического), при атрофических процессах (старческое слабоумие). Ложные узнавания, возникающие при астении и состояниях помраченного сознания, можно определить как иллюзорные. В

тех случаях, когда налицо амнестические расстройства, их можно назвать иллюзорно-амнестическими. Скорее всего, наблюдаемый при старческом слабоумии симптом зеркала является одной из форм иллюзорно-амнестического ложного узнавания.

ДЕПРЕССИВНО-ПАРАНОИДНЫЙ СИНДРОМ — симптомокомплекс депрессивных, бредовых, сенсорных и двигательных расстройств; психопатологические симптомы полиморфны и сочетаются в различных соотношениях.

Депрессивный аффект проявляется тоской, тревогой, страхом, исступленным отчаянием. Депрессия может сопровождаться слезливостью, одной лишь гримасой плача или же скорбно-иронической улыбкой ("улыбающаяся" депрессия). Аффект то однообразен, то крайне изменчив. Углубление депрессии сопровождается появлением страха и отчаяния; при ослаблении подавленного аффекта больные нередко говорят о вялости и апатии, хотя внешний их облик и ряд высказываний не оставляют сомнений в том, что у них сохраняется выраженная подавленность. Содержание бреда коррелирует с особенностями доминирующего аффекта. Если аффект определяется тоской и тревогой, преобладает бред обвинения, самообвинения и ипохондрический бред. Если преобладает страх, то наряду с бредом обвинения можно наблюдать бред преследования, ущерба, образный и нигилистический бред. Характерным проявлением депрессивно-параноидного синдрома является двойная бредовая ориентировка: больные находятся в больнице, но это в то же время и тюрьма; собеседник — врач, но в то же время и следователь. Наряду с бредовой ориентировкой могут наблюдаться иллюзии ложного узнавания— симптом положительного и отрицательного двойника. Из других сенсорных расстройств встречаются: иллюзорный галлюциноз и вербальные галлюцинации различной интенсивности с преимущественно обвиняющим содержанием, а также психические автоматизмы — идеаторные и в большей степени сенестопатические. У одних больных преобладает ажитация, сопровождаемая тревожной вербигерацией; у других наблюдается заторможенность в форме депрессивного субступора или субступора с кататоническими чертами. Состояния заторможенности чаще непродолжительны и чередуются с приступами тревожно-тоскливого возбуждения. Свойственные больным с депрессивно-параноидным синдромом импульсивные поступки особенно часто возникают в случаях чередования заторможенности и возбуждения.

Усложнение депрессивно-параноидного синдрома у больных молодого и среднего возраста происходит за счет усиления кататонических и

параноидных расстройств. Однако депрессию можно выявить у них всегда. У больных пожилого возраста усложнение идет в сторону развития меланхолической парафрении. Возникновение депрессивно-параноидного синдрома обычно свидетельствует о приступообразном развитии болезни. Однако такие приступы часто носят затяжной характер.

Больные с депрессивно-параноидным синдромом в любой момент способны осуществить суицидальную попытку или нанести себе серьезное, в частности, обезображивающее или опасное для жизни повреждение. Такие больные очень часто длительно отказываются от еды и оказывают упорное сопротивление при искусственном кормлении.

Депрессивно-параноидный синдром встречается при приступообразной шизофрении, инволюционной меланхолии, депрессивных фазах циркулярного психоза, манифестирующего в пожилом возрасте, протрангированных симптоматических и раневых психозах.

Синдромы двигательных расстройств

Эти синдромы проявляются обездвиженностью (ступор), возбуждением или их чередованием.

СТУПОР — психопатологическое расстройство в форме подавления различных сторон психической деятельности, в первую очередь моторики, мышления и речи. Больные, находящиеся в состоянии ступора, неподвижны. Предоставленные себе, они подолгу, нередко часами сидят, лежат или стоят, не меняя позы. На вопросы или не отвечают совсем (мутизм), или отвечают после паузы, медленно, отдельными словами или междометиями и лишь иногда короткими фразами. Обычно они внешне не реагируют на происходящее кругом; ни о чем не просят; не следят за своим внешним видом; часто самостоятельно не едят и нередко оказывают сопротивление при их умывании, одевании, кормлении, медицинских процедурах (н е г а т и в и з м); могут быть неопрятны мочой и калом.

В одних случаях ступор сочетается с разнообразными психопатологическими симптомами — бредом, галлюцинациями, измененным аффектом, помрачением сознания; в других, более редких случаях ступор исчерпывается лишь двигательной и речевой заторможенностью — "п у с т о й" с т у п о р. Ступор, сопровождаемый помрачением сознания, прежде всего онейроидным, называют р е ц е п т о р н ы м; ступор, существующий на фоне ясного сознания, — л ю ц и д н ы м или э ф ф е к т о р н ы м. Обычно термины "ступор люцидный" и "ступор эффекторный" употребляют для харктеристики кататонического ступора (см. Кататонический синдром).

При ступоре всегда наблюдается временное резкое обеднение психической деятельности, в связи с чем такие больные напоминают лиц, страдающих слабоумием, которого на самом деле обычно нет. Данное обстоятельство было отмечено психиатрами еще в прошлом веке. Поэтому-то для обозначения значительной части ступорозных состояний, в первую очередь тех, которые возникали при эндогенных психозах, в то время использовали термин "первичное излечимое слабоумие" — dementia primaris curabilis. Ступор обычно сопровождается соматическими расстройствами, в первую очередь вегетативными. Воспоминания о том, что происходило с больным в период ступора, чаще скудны, отрывочны, касаются прежде всего содержания психопатологических расстройств — бреда, галлюцинаций и т.п. Изредка, при люцидном кататоническом ступоре, больные хорошо помнят о происходящем кругом. Нередко период, определявшийся ступорозными расстройствами, амнезируется. Состояние неполной обездвиженности с резко уменьшенной речевой активностью называют субступором.

Ступор может развиваться постепенно. При этом первоначально развивается субступор, а в последующем, в связи с утяжелением состояния — ступор. В связи с лекарственным патоморфозом психических заболеваний выраженные ступорозные состояния встречаются все реже и реже. Чаще психоз ограничивается развитием субступора.

В зависимости от психопатологических расстройств, сопутствующих ступору, и нозологической принадлежности психического заболевания, при котором ступор возникает, выделяют следующие формы ступора:

1) кататонический (см. Кататонический синдром);
2) психогенный;
3) депрессивный;
4) галлюцинаторный;
5) алкогольный;
6)апатический;
7)эпилептический;
8) маниакальный.

Чаще всего встречаются ступор кататонический и психогенный.

Психогенный ступор может быть истерическим и депрессивным. Истерический ступор развивается либо внезапно, либо его появлению предшествуют другие истерические расстройства: истерическое, в том числе и с регрессом поведения возбуждение, псевдодеменция, пуэрилизм, и тогда ступор представляет собой как бы кульминационную стадию

перечисленных расстройств. В состоянии истерического ступора больные днями лежат на постели, нередко в эмбриональной позе. Выражение лица отражает то угрюмость, злобу, то тревожно-напряженный аффект. Если обратиться к больному с вопросом, то он оставляет его без ответа, однако почти всегда при этом появляются вегетативные симптомы: тахикардия, покраснение кожи лица, может измениться ритм дыхания. Вопросы, касающиеся психотравмирующей ситуации, всегда влекут за собой появление выраженных вазо-вегетативных расстройств. При попытках поднять больного он оказывает резкое сопротивление, мышцы его тела напряжены. Когда больного ведут под руки, его ноги волочатся сзади — состояние, напоминающее рефлекс сохранения позы. Очень часто наряду со ступором отмечаются отдельные псевдодементно-пуэрильные черты. Могут возникать простые двигательные стереотипии; длительно щиплют или расчесывают себе какое-то место, совершают движения как если бы что-то рвали, отколупывали и т.д. У больных сохраняется восприятие окружающего, о чем можно сделать вывод на основании их расспроса по миновании психоза. Их сознание можно определить как аффективно суженное в связи с концентрацией переживаний на обстоятельствах психической травмы. При длительном существовании ступора может появиться физическое истощение. Непродолжительные ступорозные состояния не сопровождаются ухудшением соматического состояния больных несмотря на их постоянные отказы от приемов пищи.

Психогенный депрессивный ступор по своим внешним проявлениям в части случаев очень схож с обычным депрессивным ступором (см. ниже). Различия заключаются в том, что на вопросы, в частности, касающиеся психотравмирующей ситуации, больные нередко могут реагировать слезами, рыданиями, отдельными экспрессивными восклицаниями. Существуют депрессивные ступорозные состояния, при которых доминирует апатия. Такие больные все время лежат, часто в эмбриональной позе, на боку. Они ни о чем не просят, не обслуживают себя, бывают неопрятны. Негативизм отсутствует. Таких больных без заметных усилий со стороны персонала можно накормить, хотя едят они мало, переодеть, сводить в туалет. И в этих случаях можно говорить о наличии у больных аффективно-суженного сознания, но в более выраженной форме, чем у больных предыдущей группы. Воспоминания о периоде, когда существовали ступорозные расстройства, отсутствуют или крайне бедны на события окружающего; свои бывшие во время ступора переживания больные помнят достаточно хорошо. В них преобладают не мысли о бывшей психической травме, а идеи само-

обвинения, в части случаев явления деперсонализации и дереализации (Н.И.Фелинская, 1968), т.е. здесь депрессия имеет не только психогенное содержание, но и отчетливые "витальные" компоненты.

Депрессивный ступор (меланхолический ступор; меланхолическое оцепенение) проявляется тем, что внешний облик больного всегда отражает депрессивный аффект: поза согбенная, голова опущена; на лбу — горизонтальные морщины, оттянутые кверху; мышцы нижней части лица расслаблены; глаза сухие и воспаленные. Обычно больные сохраняют способность реагировать на обращения либо отдельными словами и междометиями, произносимыми шепотом, либо простейшими движениями — наклоном головы, меняющимся направлением взгляда и т.п. У некоторых больных на фоне общей обездвиженности периодически или постоянно наблюдается движение пальцев рук, а по временам непроизвольно возникающие вздохи, оханье, стоны — симптомы, свидетельствующие о возможности появления меланхолического раптуса, вслед за которым снова возникает ступор. Депрессивный ступор всегда сопровождается выраженным депрессивным бредом, в том числе бредом громадности и отрицания. В ряде случаев депрессивный ступор сопровождается онейроидным помрачением сознания. Депрессивный ступор является кульминацией идеомоторного торможения при меланхолической депрессии или же сменяет тревожно-ажитированную депрессию в случаях ее утяжеления. Продолжительность депрессивного ступора — часы — недели, редко дольше.

Депрессивный ступор встречается при маниакально-депрессивном психозе, шизофрении, пресенильной меланхолии, болезни Крепелина (одной из форм пресенильной деменции). Депрессивный субступор наблюдается при протрагированных алкогольных галлюцинозах.

Галлюцинаторный ступор отличается тем, что общая обездвиженность часто сочетается с различными мимическими реакциями, выражающими страх, тоску, удивление, восторг, отрешенность. Мутизм может быть полным, но негативизм обычно отсутствует. Чаще всего галлюцинаторный ступор возникает на высоте истинного поливокального вербального галлюциноза; значительно реже при слуховом псевдогаллюцинозе, при наплыве зрительных сценоподобных галлюцинаций (делирий, галлюциноз Ch.Bonnet). Галлюцинаторный ступор продолжается минуты—часы, редко дольше. Встречается при интоксикационных, органических и старческих психозах.

Алкогольный ступор встречается сравнительно редко. Чаще всего наблюдается при алгокольном онейроиде, сопровождаемом зрительным

псевдогаллюцинозом. Больные лежат, выглядят сонливыми, выражение лица то застывшее и тупое, то на лице появляется выражение страха, удивления, озабоченности, заинтересованности. Они пассивно подчиняются осмотру, медицинским процедурам, а если и оказывают временами сопротивление, то оно интенсивно и сходно с сопротивлением, которое совершает человек, находящийся в полусне. Мышечный тонус обычно снижен. Продолжительность ступора — до нескольких суток. На высоте острого вербального алкогольного галлюциноза может возникать субступор, продолжающийся минуты—часы. В ряде случаев при алгокольной энцефалопатии Гайе-Вернике на непродолжительные периоды времени (часы), возникают выраженные ступорозные расстройства, сопровождаемые резкой мышечной, в том числе и оппозиционной гипертонией. В этих состояниях может наблюдаться неопрятность мочой и калом, обычно свидетельствующая о тяжести состояния и возможности летального исхода.

Апатический ступор (астенический ступор; бодрствующая кома) проявляется тем, что больные обычно лежат на спине в состоянии прострации и полного мышечного расслабления. Выражение лица опустошенное, глаза раскрыты. К окружающему больные безучастны и безразличны, можно говорить о "параличе эмоций" (А.В.Снежневский, 1940). На самые простые вопросы больные способны дать односложный или короткий правильный ответ; при более сложных говорят "не знаю" или молчат. Всегда сохраняется смутное сознание болезни; нередко — самая общая ориентировка в месте: больные знают, что находятся в больнице. При побуждениях извне, например, при свиданиях с родственниками, у больных возникают правильные эмоциональные реакции. В ночное время наблюдается бессонница; в дневное время отсутствует сонливость. Больные часто неопрятны мочой и калом. Всегда существует выраженная кахексия, нередко сопровождаемая профузными поносами. Апатический ступор продолжается неделями и месяцами. Воспоминания о периоде апатического ступора крайне бедны и отрывочны. Апатический ступор — проявление тяжелых протрагированных симптоматических психозов; в ряде случаев он возникает при энцефалопатии Гайе-Вернике вслед за инициальным тревожно-бредовым синдромом.

Эпилептический ступор возникает довольно редко. Идеомоторное торможение может определяться ступором с негативизмом и мутизмом, иногда на короткое время возникает каталепсия. В других случаях двигательная заторможенность сопровождается пассивной подчиняемостью, сохраняется спонтанная или возникающая после задаваемых вопросов

речь, обычно отрывочная и лишенная смысла; в ряде случаев наблюдается вербигерация. Эпилептический ступор лишь изредка исчерпывается одними двигательными и речевыми расстройствами. Обычно он сочетается с бредом, галлюцинациями, измененным аффектом. Характерно внезапное исчезновение двигательной заторможенности и ее смена кратковременным исступленным возбуждением с аффектом ярости и разрушительными действиями. Как правило, эпилептический ступор появляется вслед за различными припадками, прежде всего серийными, в связи с развитием сумеречного или онейроидного помрачения сознания, на высоте тяжелых дисфорий. Продолжительность эпилептического ступора— минуты—дни. Обычно эпилептический ступор оканчивается внезапно. Характерна полная амнезия периода существования ступорозных расстройств.

Маниакальный ступор характеризуется тем, что преобладает общее двигательное торможение без того, однако, чтобы одновременно существовала мимическая заторможенность. Больной сидит или стоит неподвижно и в то же время следит глазами за происходящим кругом, улыбается или сохраняет веселое выражение лица. Спонтанные высказывания отсутствуют, на вопросы больной не отвечает. У одних больных может существовать идеаторное торможение; у других (как они об этом рассказывают позже) — ассоциации ускорены. Продолжительность маниакального ступора — часы—дни. Нередко больные достаточно подробно описывают бывшие у них расстройства. Ступор обычно возникает при переходе маниакального состояния в депрессивное и наоборот, иногда наблюдается при развитии кататонического синдрома. Чаще всего встречается при шизофрении, изредка — при маниакально-депрессивном психозе.

КАТАТОНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ (кататония) — симптомокомплекс психических расстройств, в котором преобладают двигательные нарушения в форме акинеза (кататонический ступор), или в форме гиперкинеза (кататоническое возбуждение). Термин "кататония" и подробное клиническое описание синдрома принадлежат K.Kahlbaum'y (1863, 1874).

При кататоническом ступоре отмечается повышенный тонус мышц (кататония), который первоначально возникает в жевательных мышцах, затем переходит натиейные и затылочные, далее на мышцы плеч, предплечий, кистей рук и в самую последнюю очередь на мышцы ног. Повышенный мышечный тонус в ряде случаев сопровождается способностью больного сохранять приданное его членам вынужденное положение (восковая гибкость, каталепсия). Раньше всего

восковая гибкость появляется в мышцах шеи, позже всего — в мышцах нижних конечностей.

Одним из проявлений восковой гибкости является симптом воздушной подушки (симптом психической подушки E.Dupre): если у лежащего на спине больного приподнять голову, то его голова, а в ряде случаев и плечи, остаются некоторое время в приподнятом положении. Частым симптомом кататонического ступора является пассивная подчиняемость: у больного отсутствует сопротивление изменениям положения его конечностей, позы и другим производимым с ним действиям. Каталепсия характеризует не только состояние мышечного тонуса, но и является одним из проявлений пассивной подчиняемости. Наряду с последней при ступоре наблюдается противоположное расстройство — негативизм, который проявляется немотивированным противодействием больного словам и особенно действиям лица, вступающего с ним в общение.

Существует несколько форм негативизма. При пассивном негативизме больной не выполняет обращенные к нему просьбы, а при вмешательствах извне — попытке его накормить, переодеть, обследовать и т.д., оказывает сопротивление, сопровождающееся резким повышением мышечного тонуса. Активный негативизм сопровождается выполнением других действий вместо предлагаемых. В тех случаях, когда больной выполняет действия прямо противоположные тем, о которых его просят, говорят о парадоксальном негативизме.

Нарушение речи при кататоническом ступоре может выражаться мутизмом — отсутствием речевого общения больного с окружающими при сохранности речевого аппарата. Больные с кататоническим ступором часто находятся в характерных позах: в положении лежа на боку, в эмбриональной позе, стоя с опущенной головой и вытянутыми вдоль туловища руками, в положении сидя на корточках. Некоторые больные натягивают на голову халат или одеяло, оставляя лицо открытым — симптом капюшона (П.А.Останков, 1936).

Кататонический ступор сопровождается соматическими расстройствами. Больные худеют, у них могут наблюдаться симптомы авитаминоза. Конечности цианотичны, на тыльной поверхности стоп и кистей отмечается отечность. На коже возникают эритематозные пятна. Постоянны нарушения секреторных функций: слюнотечение, повышенная потливость, себоррея. Зрачки сужены. В ряде случаев наблюдается отсутствие реакции зрачков на болевые раздражители. Артериальное давление снижено.

В соответствии с выраженностью и преобладанием тех или иных двигательных расстройств выделяют несколько разновидностей кататонического ступора. В ряде случаев одна его разновидность последовательно сменяет другую.

Ступор с восковой гибкостью (каталепсия) возникает на фоне сравнительно неглубокого повышения мышечного тонуса и мутизма. Последний в ряде случаев не является полным. Так, при вопросах, задаваемых тихим голосом или шепотом, можно получить ответ — симптом И.П.Павлова. Обездвиженность значительно ослабевает и даже исчезает полностью в ночное время.

Негативистический ступор определяется полной обездвиженностью, мутизмом и резко выраженным негативизмом, особенно пассивным.

Ступор с мышечным оцепенением. В этом состоянии мышечный тонус резко повышен, в большей степени в мышцах сгибателей, что обуславливает появление эмбриональной позы — больные лежат на боку, ноги согнуты в коленных суставах и подтянуты к животу, руки прижаты к груди, пальцы сжаты в кулак, голова пригнута к груди, глаза закрыты, челюсти сжаты, губы вытянуты вперед (симптом хоботка). Последний встречается, хотя и значительно реже, при других разновидностях кататонического ступора. Ступор с оцепенением отличается наибольшей глубиной.

Кататоническое возбуждение лишено внутреннего единства и целенаправленности. Поступки больных неестественны, непоследовательны, зачастую немотивированны и внезапны (импульсивность); в них много однообразия (стереотипии), повторения жестов, движений и поз окружающих (эхопраксия). Мимика больных не соответствует их поступкам и настроению (парамимия). Речь чаще всего бессвязна, сопровождается символическими высказываниями, неологизмами, повторением одних и тех же фраз и слов (вербигерация); повторяются также слова и высказывания окружающих (эхолалия). Может наблюдаться рифмованная речь. На задаваемые вопросы следуют несоответствующие смыслу этих вопросов ответы (миморечь, мимоговорение). Непрерывное бессвязное речевое возбуждение сменяется внезапно на короткое время полным молчанием. Кататоническое возбуждение сопровождается различными аффективными расстройствами — патетикой, экстазом, злобой, яростью, временами безучастностью и безразличием.

Преобладание при кататоническом возбуждении одних каких-либо расстройств над другими позволяет выделить его разновидности. Не-

редко эти разновидности представляют собой лишь последовательные стадии развития кататонического возбуждения.

Вначале кататоническое возбуждение часто принимает форму растерянно-патетического. Настроение повышено^ оно всегда сопровождается умиленностью, экзальтированностью, восторгом — вплоть до экстаза. Движения больных размашисты, преувеличенно выразительны, нередко театральны. Речь — с торжественно-высокопарными интонациями, непоследовательная, отрывочная, временами бессвязная; она может сменяться пением или декламацией. У некоторых больных зрелого возраста (после 40 лет), преимущественно женщин, патетическое возбуждение принимает отчетливые истерические или псевдодементно-пуэрильные черты. Явления негативизма могут перемежаться выраженной пассивной подчиняемостью, которая может оказываться преобладающей формой реакции больного на действия окружающих.

Гебефрено-кататонйческое возбуждение сопровождается кривлянием, паясничаньем, гримасничаньем, неуместным смехом, грубыми и циничными шутками и всякого рода неожиданными нелепыми выходками. Настроение у больных изменчиво — они то немотивированно веселы (веселость обычно окрашена аффектом дурашливости), то без видимой причины становятся злобными и агрессивными.

Импульсивное возбуждение начинается внезапно, нередко агрессивными поступками: больные бросаются на окружающих, бьют их, рвут на них одежду, пытаются душить и т.д. Внезапно вскакивают и пытаются бежать, раскидывая всех на своем пути. Хватают и ломают попадающие им под руку предметы. Разрывают на себе одежду и обнажаются. Разбрасывают еду, мажутся калом, онанируют. Внезапно начинают биться об окружающие предметы (о стены, об пол, о кровать), пытаются убежать из отделения и, когда им это удается, часто совершают суицидальные попытки — бросаются в водоемы, под движущийся транспорт, забираются на высоту и сбрасываются с нее. В других случаях больные внезапно начинают бегать, кружиться, принимать неестественные позы. Импульсивное возбуждение может быть немым, но его могут сопровождать выкрики, брань, бессвязная речь. Всегда резко выражен негативизм, сопровождающийся сопротивлением всяким попыткам вмешательства извне. У больных шизофренией с большой давностью заболевания импульсивное возбуждение часто проявляется в стереотипных формах.

Неистовое кататоническое возбуждение сопровождается непрерывным беспорядочным и хаотическим метанием, яростным сопротивлением любым попыткам удержать больных, которые часто наносят себе повреждения. Обычно это "немое" возбуждение.

В одних случаях кататонический ступор и кататоническое возбуждение могут попеременно много раз сменять друг друга; в других — такая смена может произойти лишь однократно (чаще вначале появляется возбуждение, сменяющееся затем ступором); эти же состояния могут возникать изолированно.

Кататонический синдром изредка может один исчерпывать картину психоза — "пустая" кататония. Обычно же ему сопутствуют самые различные продуктивные расстройства— аффективные, галлюцинаторные, в том числе психические автоматизмы, бред, состояния измененного сознания. В тех случаях, когда сознание остается непомраченным, кататонию называют люцидной. Больные с люцидной кататонией по миновании психоза могут сообщить не только о бывших у них продуктивных расстройствах, но и о том, что происходило кругом. Они способны рассказать о поведении и высказываниях окружающих больных, о действиях и словах персонала и т.д. Среди состояний помрачения сознания кататонии обычно сопутствует онейроид (о н е й р о и д н а я к а т а т о н и я), изредка возникают сумеречные или аментивные состояния. Люцидная кататония нередко сопровождается импульсивным или "немым" хаотическим возбуждением, ступором с негативизмом и с оцепенением. Кататония с состояниями помраченного сознания, в первую очередь в форме онейроида, сопровождается обычно восторженно-патетическим возбуждением, ступором с пассивной подчиняемостью или восковой гибкостью.

Кататонический синдром встречается прежде всего при шизофрении. Люцидная кататония, сопровождаемая продуктивными психопатологическими расстройствами в форме бреда, галлюцинаций, психических автоматизмов наблюдается, видимо, только при шизофрении. "Пустая" кататония и кататония, сопровождаемая помрачением сознания, встречаются при опухолях мозга, в первую очередь при опухолях базальных его отделов, при травматических психозах, преимущественно в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы, при острых эпилептических психозах, при инфекционных и интоксикационных психозах, при прогрессивном параличе.

Кататонический синдром возникает и у детей, и у взрослых. У последних — преимущественно до 50 лет. В более позднем возрасте кататонические расстройства представляют собой редкость. У детей кататонические расстройства проявляются двигательными стереотипиями (часто ритмичными) — "манежный" бег, однообразные движения конечностями, туловищем или в форме гримасничанья, ходьба на цыпочках и т.д.

Часто встречаются эхолалия, мутизм и вербигерация, стереотипные импульсивные движения и действия. Кататонические расстройства у детей могут принять форму регрессивного поведения — ребенок 5—6 лет обнюхивает и облизывает окружающие его предметы. Наибольшей интенсивности кататонический синдром достигает (в первую очередь при шизофрении) при начале заболевания в возрасте 16—17—30 лет. Особенно эта интенсивность касается ступорозных расстройств. После 40 лет впервые возникающие выраженные кататонические расстройства представляют редкость. У женщин в возрасте 40—55 лет впервые появляющиеся кататонические расстройства какое-то время очень напоминают истерические — экспрессивная речь и мимика, театральное поведение, истерический ком и т.д. Иногда встречаются симптомы пуэрилизма. У таких больных нередко существует пассивная подчиняемость и транзиторные элементы восковой гибкости. Усложнение клинической картины идет здесь не по линии усиления кататонических расстройств, а по линии развития нередко массивного депрессивно-параноидного синдрома. Если во вторую половину жизни или в позднем возрасте встречаются выраженные и длительно существующие кататонические расстройства, как правило, речь идет о больных шизофренией с ранним началом процесса.

Терапия психотропными средствами повлекла за собой отчетливую редукцию кататонического синдрома. Последний проявляется теперь преимущественно своими инициальными расстройствами — внезапные движения или эпизодическое и редуцированное импульсивное возбуждение, нерезко выраженная дурашливость, отдельные эхолалии, эпизоды мутизма и пассивной подчиняемости, непродолжительные субступорозные состояния — т.н. малый кататонизм. Если еще 15—20 лет назад при шизофрении нередко встречалась т.н. последовательная или вторичная кататония (кататонический синдром усложнял предшествующий галлюцинаторно-бредовой синдром), существовавшая многие годы, часто вплоть до смерти больного, то в настоящее время последовательная кататония — редкость. Ее появление у молодых больных так же, как и развитие выраженного, стойкого кататонического синдрома вообще, наблюдаемого у больных того же возраста; чаще всего свидетельствует о недостаточном или неправильном их лечении психотропными средствами.

ЕЕБЕФРЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ — сочетание двигательного и речевого возбуждения с дурашливостью и изменчивым аффектом. Двигательное возбуждение сопровождается паясничаньем, кривлянием, гримасничаньем, шутовским копированием поступков и слов окружающих. Используя больничную одежду, газеты и т.п., больные придумывают для себя экстравагантные наряды. Они пристают к окружающим с неуместными или циничными вопросами, стремятся им в чем-либо помешать, бросаясь под ноги, хватая за одежду, толкая и оттесняя. Возбуждение может сопровождаться элементами регресса поведения. Так, больные отказываются садиться есть за обеденный стол и едят стоя, в других случаях они забираются на стол с ногами. Едят не пользуясь ложкой, а хватают еду руками, чавкают, отплевываются, рыгают. Больные то веселы, не к месту смеются и гогочут, то начинают хныкать, визжать, рыдать или выть, то становятся напряженными, злобными и агрессивными. Речь часто в той или иной степени бессвязна, может сопровождаться неологизмами, использованием малоупотребительных слов и вычурных по конструкции фраз, эхолалией. В других случаях больные распевают скабрезные частушки или сквернословят. В структуре гебефренического синдрома возникают нестойкие галлюцинаторные и бредовые расстройства. Нередко отмечаются кататонические симптомы. Если они постоянны, говорят о гебефрено-кататоническом синдроме.

Гебефренический синдром существует в развернутом виде у больных молодого возраста. У больных зрелого возраста, в первую очередь у женщин, гебефренический синдром проявляется преимущественно чертами детскости с капризностью и сюсюканьем. Чаще всего гебефренический синдром встречается при шизофрении; изредка при эпилепсии в состояниях измененного сознания, психозах, связанных с черепно-мозговой травмой, реактивных и интоксикационных психозах.

Синдромы помрачения (расстройства) сознания

Клинического определения термина "помрачение сознания" нет. Существуют только психологические, физиологические и философские определения сознания. Трудность клинического определения связана с тем обстоятельством, что данный термин объединяет самые различные по своим особенностям синдромы. Об этом говорил в своих лекциях П.Б.Ганнушкин. О.В.Кербиков (1936) приводит слова из его лекции: "Синдром этот (расстройство сознания — О.К.) почти не поддается описанию. Легче всего охарактеризовать его отрицательным признаком — неспособностью правильно расценивать окружающее. С качественной стороны его определяет большее или меньшее — иногда вплоть до полного угасания — побледнение восприятий". В то же время всем синдромам помрачения сознания свойственен ряд общих черт. Первым дал их перечень K.Jaspers, 1965.* О состоянии помрачения сознания свидетельствуют:

* K.Jaspers. Allg. Psychopathlogie. Achte unveranderte auflage. 1965, s. 123.

1) отрешенность больного от окружающего с неотчетливым, затрудненным, отрывочным его восприятием;

2) различные виды дезориентировки — в месте, времени, окружающих лицах, ситуации, собственной личности, существующие изолированно, в тех или иных сочетаниях или же все одновременно;

3) та или иная степень бессвязности мышления, сопровождаемая слабостью или невозможностью суждений и речевыми нарушениями;

4) полная или частичная амнезия периода помрачения сознания; сохраняются лишь отрывочные воспоминания наблюдавшихся в тот период психопатологических расстройств — галлюцинаций, бреда, значительно реже — фрагменты событий окружающего.

Первые три признака встречаются не только при помрачении сознания. Они наблюдаются и при других психопатологических расстройствах, например, при бредовых состояниях, растерянности психоорганическом синдроме и т.д. Так, отрешенность от окружающего встречается при депрессиях, апатическом синдроме, ступорозных состояниях: различные виды дезориентировки — при слабоумии, амнестических расстройствах, некоторых бредовых синдромах; та или иная степень бессвязности мышления — при маниакальных состояниях, слабоумии, тяжелых астенических состояниях и т.д. Только сочетание всех четырех признаков делает правомерным диагностику помрачения сознания. Выделяют несколько форм состояний помрачения сознания.

ОГЛУШЕНИЕ — понижение, вплоть до полного исчезновения, ясности сознания и одновременное его опустошение. Основные проявления оглушения — повышение порога возбудимости для всех внешних раздражителей. Больные безучастны, окружающее не привлекает их внимания. Задаваемые им вопросы больные воспринимают не сразу и способны осмыслить из них лишь сравнительно простые или только самые простые. Мышление замедлено и затруднено. Словарный запас обеднен. Ответы односложные, часто встречаются персеверации. Представления бедны и неотчетливы. Двигательная активность снижена: больные малоподвижны, движения совершаются ими медленно; отмечается двигательная неловкость. Всегда обеднены мимические реакции. Постоянно выражены нарушение запоминания и репродукции. Продуктивные психопатологические расстройства отсутствуют. Они могут наблюдаться в рудиментарной форме лишь в самом начале оглушения. Период оглушения обычно полностью или почти полностью амнезируется.

В зависимости от степени глубины понижения ясности сознания выделяют следующие стадии оглушения: обнубиляция, сомнолентность, сопор, кома. Во многих случаях при утяжелении состояния эти стадии последовательно сменяют друг друга.

Обнубиляция — "облачность сознания", "вуаль на сознании". Реакции больных, в первую очередь речевые, замедляются. Появляются рассеянность, невнимательность, ошибки в ответах. Часто отмечается беспечность настроения. Такие состояния в одних случаях продолжаются минуты, в других, например, при некоторых начальных формах прогрессивного паралича или опухолей головного мозга, существуют продолжительные сроки.

Сомнолентность — состояние полусна, во время которого большую часть времени больной лежит с закрытыми глазами. Спонтанная речь отсутствует, но на простые вопросы даются правильные ответы. Более сложные вопросы не осмысляются. Внешние раздражители способны на некоторое время ослабить симптомы обнубиляции и сомнолентности.

Сопор — патологический сон. Больной лежит неподвижно, глаза закрыты, лицо амимично. Словесное общение с больным невозможно. Сильные раздражители (яркий свет, сильный звук, болевые раздражения) вызывают недифференцированные, стереотипные защитные двигательные и изредка голосовые реакции.

Кома — полная утрата сознания с отсутствием реакции на любые раздражители.

Успехи современной реаниматологии позволили выделить при регрессе коматозного состояния особые психопатологические картины — апаллический синдром и акинетический мутизм. Чаще всего эти синдромы встречаются в настоящее время после коматозных состояний, вызванных тяжелой черепно-мозговой травмой.

Апаллический синдром (люцидный ступор, пролонгированная кома) — полная аспонтанность с отсутствием реакции на внешние раздражители — прикосновения, обращение, окружающее и т.д. Сохраняются реакции на болевые раздражения и глотательный рефлекс. Могут сохраняться оральные и хватательные рефлексы. Конечности в ряде случаев застывают в приданном положении. Часты расстройства мочеиспускания и дефекации. Смена сна и бодрствования не зависит от чередования дня и ночи. При улучшении состояния может возникать корсаковский синдром.

Акинетический мутизм — сочетание обездвиженности с отсутствием речи. Больные лежат неподвижно, глаза открыты, взгляд

осмыслен. Сохраняется способность следить за действиями находящихся рядом людей. Акинетический мутизм либо сменяет кому, либо является стадией регресса апаллического синдрома.

Оглушение встречается при интоксикациях (алкоголь, угарный газ и т.д.), расстройствах обмена веществ (уремия, диабет, печеночная недостаточность), черепно-мозговых травмах, опухолях мозга, сосудистых и других органических заболеваниях центральной нервной системы.

ДЕЛИРИОЗНЫЙ СИНДРОМ (делирий) — галлюцинаторное помрачение сознания с преобладанием истинных зрительных галлюцинаций и иллюзий, образного бреда, изменчивого аффекта, в котором преобладает страх, двигательное возбуждение. Делирий— самая частая форма помрачения сознания.

Делириозное помрачение сознания нарастает постепенно и проходит в своем развитии несколько стадий, описанных впервые C.Liebermeister'oM (1866) при соматических болезнях.

Симптомы *первой стадии* становятся заметными обычно к вечеру. Появляется общая возбужденность. Оживляются и убыстряются речевые, мимические и двигательные реакции. Больные говорливы, в их высказываниях легко возникает непоследовательность, достигающая временами степени легкой бессвязности. Испытывают наплывы образных, чувственно-наглядных, в ряде случаев сценоподобных воспоминаний, относящихся к прошлому, в том числе и давно прошедшему. Движения приобретают преувеличенную выразительность. Гиперестезия постоян- ; на: больные вздрагивают при незначительных звуках; им неприятен яркий свет; привычная еда имеет интенсивный запах и вкус. Различные внешние события, порой самые незначительные, привлекают на момент их внимание. Настроение изменчиво. Необоснованная радость с оттенком восторженности или умиления легко сменяется подавленностью, беспокойством, раздражением, капризностью. Сон поверхностный, прерывистый, особенно в первую половину ночи, сопровождается яркими, нередко кошмарными сновидениями, тревогой и страхом. На утро отмечается слабость и разбитость.

Во *второй стадии,* на фоне усиления перечисленных расстройств, возникают зрительные иллюзии. В одних случаях они обыденны по содержанию и немногочисленны; в других — множественны, и в части случаев принимают форму парейдолий. Эпизодически может возникать неточная ориентировка в месте и времени. Перед засыпанием, при закрытых глазах возникают отдельные или множественные калейдоскопически сменяющие друг друга гипнагогические галлюцинации.

В последнем случае говорят о гипнагогическом делирий. Интенсивность сновидений усиливается. Во время частых пробуждений больные не сразу отдают себе отчет, что было сном, а что является реальностью.

На *третьей стадии* возникают истинные зрительные галлюцинации. Они могут быть единичными и множественными, статичными и подвижными, бесцветными и цветными, уменьшенных, обычных или увеличенных размеров. В одних случаях в содержании зрительных галлюцинаций нельзя выявить какую-либо определенную фабулу и видения сменяются без какой-либо связи; в других — возникают последовательно меняющиеся, связанные по содержанию сцены. В зависимости от этиологического фактора зрительные галлюцинации могут иметь свои отличительные черты. Например, зооптические галлюцинации характерны для алкогольного и кокаинового делирия; микроптические галлюцинации — для делирия, возникающего при отравлении опиатами; зрительные галлюцинации с тематикой военных эпизодов — для лиц, перенесших в прошлом черепно-мозговую травму в боевой обстановке и т.д. При делирий больной всегда является заинтересованным зрителем всего того, что происходит перед его глазами. Его аффект и поступки соответствуют содержанию видимого. Он охвачен любопытством, недоумением, восторгом, страхом, ужасом. С интересом или завороженностью смотрит или же, напротив, бежит, прячется, обороняется. Мимика соответствует господствующему аффекту и действиям. Речевое возбуждение чаще ограничивается отдельными короткими фразами, словами, выкриками. На третьей стадии могут возникать также слуховые, тактильные, обонятельные галлюцинации, отрывочный образный бред. Задаваемые вопросы больной осмысляет плохо, часто отвечает невпопад. Вместе с тем, если привлечь его внимание, качество ответов на короткое время улучшается.

В ряде случаев сценоподобные зрительные галлюцинации приобретают фантастическое содержание — необыкновенные путешествия, батальные картины, сцены мировых катаклизмов, массовой гибели людей — "фантастический" делирий или делириозно-онейроидный синдром. В этом состоянии часто испытывают ощущения быстрого перемещения в пространстве, в том числе ощущения полета, падения с большой высоты (в шахту, колодец и т.д.).

На третьей стадии развития делирия нарушается ориентировка в окружающем. Обычно больные ложно ориентированы. Сознание свое-

го "я" — самосознание сохраняется всегда. Ночью наблюдается или полная бессонница, или же неглубокий прерывистый сон возникает лишь под утро. В первую половину дня симптомы делирия значительно или полностью редуцируются. Преобладает астения. Во вторую половину дня психоз возобновляется. Симптомы делирия очень изменчивы, в связи с чем его клиническая картина определяется то преобладанием одних нарушений, то других. На второй и третьей стадиях периодически могут наблюдаться так называемые люцидные (светлые) промежутки, продолжающиеся минуты—час. В это время полностью или частично исчезают характеризующие делирий психопатологические симптомы, в первую очередь иллюзии и галлюцинации. Появляется правильная ориентировка в окружающем, больные сознают, что бывшие у них расстройства являлись проявлением болезни. Может наблюдаться даже полная критическая оценка своего состояния.

Развитие делирия чаще ограничивается расстройствами описанных трех стадий. Они могут последовательно сменять одна другую; могут ограничиться развитием лишь первой или первой и второй стадии. При более бурном проявлении болезни первая стадия сменяется очень быстро третьей, например, при отравлении атропином, тетраэтилсвинцом, антифризом.

Неблагоприятное развитие основного заболевания (соматического, инфекционного, обусловленного интоксикацией и др.) может повлечь за собой развитие тяжелых форм делирия — профессионального и мусситирующего. В некоторых, в настоящее время сравнительно редких случаях, тяжелые формы делирия сменяют третью стадию; в других — первую или вторую.

Профессиональный делирий (делирий занятости, бред занятий) — делирий с преобладанием однообразного двигательного возбуждения в форме привычных, выполняемых в повседневной жизни действий: еда, питье, уборка и т.п., или же действий, имеющих прямое отношение к профессии заболевшего — отпуск товаров, шитье, работа на кассовом аппарате и т.д. Двигательное возбуждение при профессиональном делирий происходит, как правило, на ограниченном пространстве. Оно сопровождается или произнесением отдельных слов или же является "немым". Галлюцинации и бред либо отсутствуют, либо рудиментарны. Люцидных промежутков обычно не бывает. Речевой контакт часто невозможен. Иногда удается получить односложный ответ. Его содержание отражает патологические переживания.

Мусситирующий делирий (делирий с бормотанием, тихий бред) — делирий с некоординированным двигательным возбуждением, которое лишено целостных действий и однообразно по своим проявлениям, происходит в пределах постели. Больные что-то снимают, стряхивают, ощупывают, хватают. Эти действия часто определяют словом "обирание". Речевое возбуждение представляет собой тихое и невнятное произнесение отдельных звуков, слогов, междометий. Вступать в общение с больными невозможно, они полностью отрешены от окружающего. Мусситирующий делирий обычно сменяет профессиональный. Профессиональный и особенно Мусситирующий делирий в дневное время могут сменяться симптомами оглушения. Углубление оглушения в этих случаях свидетельствует об утяжелении основного заболевания.

В зависимости от этиологического фактора (с наибольшей частотой при интоксикациях) делирий может сопровождаться вегетативными и неврологическими нарушениями. В первой—третьей стадиях из вегетативных расстройств отмечаются тахикардия, тахипное, потливость, колебания уровня артериального давления с тенденцией к его повышению, а из неврологических симптомов — мышечная гипотония, гиперрефлексия, тремор, атаксия, слабость конвергенции, нистагмоид, симптом Маринеску. При тяжелых делириях, в первую очередь при мусситирующем, артериальное давление падает, возможно развитие коллаптоидных состояний, часто отмечается выраженная гипертермия центрального происхождения, наблюдаются симптомы обезвоживания организма. Среди неврологических симптомов отмечаются ригидность затылка, симптом Кернига, симптомы орального автоматизма, глазные симптомы (нистагм, птоз, стробизм, неподвижный взгляд), атетоидные и хореоформные гиперкинезы.

Продолжительность делирия обычно колеблется от трех до семи дней. Исчезновение расстройств чаще происходит критически, после продолжительного сна, реже — литически. Отклонения от средней продолжительности возможны как в сторону укорочения, так и в сторону значительного удлинения существования определяющих делирий симптомов. В тех случаях, когда делирий проявляется расстройствами, свойственными первой и второй стадиям, и продолжается около суток, говорят об абортивном делирий. У соматически ослабленных больных, в первую очередь у лиц пожилого возраста, развернутые и тяжелые делириозные картины могут наблюдаться в течение ряда недель. В этом случае говорят о пролонгированном и даже хроническом делирий.

Больные, перенесшие развернутый делирий (делирий в третьей стадии), частично помнят содержание переживаний. Обычно эти воспоми-

нания носят отрывочный характер и относятся к психопатологическим симптомам — галлюцинациям, аффекту, бреду. У больных с профессиональным и мусситирующим делирием наблюдается полная амнезия.

Чаще всего делирий сменяется астенией; в ряде случаев вслед за делирием наблюдается появление аффективных расстройств — субдепрессивных и гипоманиакальных: первые возникают чаще у женщин, вторые — у мужчин. Значительно реже, особенно при литическом окончании психоза, может оставаться резидуальный бред. Тяжелые делирий нередко сменяются различными проявлениями психоорганического синдрома.

Делирий встречается при токсикоманиях, интоксикациях, инфекционных и острых соматических заболеваниях, при сосудистых поражениях головного мозга, старческом слабоумии, черепно-мозговой травме.

ОНЕЙРОИДНЫЙ СИНДРОМ (онейроид, онейроидное помрачение сознания, ониризм, онейрофрения, сновидное фантастически-бредовое помрачение сознания, синдром сноподобной оглушенности, сновидное помрачение сознания) — помрачение сознания с наплывом непроизвольно возникающих фантастических представлений, содержащих видоизмененные фрагменты виденного, прочитанного, услышанного, пережитого, то изолированных, то причудливо переплетающихся с искаженно воспринимаемыми деталями окружающего; возникающие картины — грезы, похожие на сновидения, следуют нередко одна за другой в определенной последовательности так, что одно событие как бы вытекает из другого, т.е. отличаются сценоподобностью; постоянны аффективные (депрессивные или маниакальные) и двигательные, в том числе кататонические расстройства.

Термин "онирический бред" использован E.Regis'oM в 1894 г. при описании инфекционных и интоксикационных психозов. Термин "онейроидный бред" предложен G. de Clerambault'oM в 1909 г. Онейроидное помрачение сознания и в донозологический период, и особенно в последующем, описывалось преимущественно или чаще при психозах, относящихся в настоящее, время к рекуррентной шизофрении. Именно при этом заболевании онейроидный синдром возникает в наиболее законченной форме, а его развитие проходит ряд последовательных этапов.

Начальный этап определяется аффективными расстройствами. Субдепрессивные и депрессивные состояния сопровождаются вялостью, бессилием, капризностью, раздражительностью, немотивированной тревогой. Гипоманиакальные и маниакальные состояния всегда несут на себе отпечаток восторженности, умиленности, ощущения проникновения и прозрения, т.е. сопровождаются симптомами, свойственными экстазу. Аффективные расстройства сочетаются с нарушениями сна, аппетита, головными болями, неприятными ощущениями в области сердца. Начальный этап продолжается недели—несколько месяцев.

В последующем возникает этап бредового настроения. Окружающее представляется больному измененным, непонятным, исполненным зловещего смысла. Появляется или безотчетный страх, или предчувствие грозящей беды, например, сумасшествия, смерти. Бредовому настроению сопутствуют несистематизированные бредовые идеи, преимущественно преследования, болезни, гибели. Эпизодически возникают растерянность, бредовая ориентировка в окружающем, бредовое поведение. Перечисленные расстройства продолжаются часы или дни. Затем возникает этап бреда инсценировки, значения и интерметаморфозы. Больные говорят, что кругом них происходит какое-то действие, как в кино или в спектакле, и они являются то их участниками, то зрителями; окружающее — предметы, люди с их поступками, символизируют необычные ситуации или же имеют несвойственное им значение; временами происходит перевоплощение одних лиц в другие; в ряде случаев перевоплощение распространяется на окружающие предметы. Клиническая картина усложняется за счет аффективных вербальных иллюзий, психических, в первую очередь идеаторных, автоматизмов, иногда вербальных галлюцинаций. Периодически возникают речедвигательное возбуждение или, напротив, заторможенность. Нарастает интенсивность аффективных нарушений, продолжительность бредовой ориентировки и растерянности. Расстройства данного этапа продолжаются несколько дней или недель.

Дальнейшая трансформация клинической картины сопровождается развитием этапа острой фантастической парафрении или ориентированного онейроида (деградированный ониризм — H.Baruk, 1938). В этом состоянии происходит фантастическое видоизменение предшествующих психических расстройств — бреда, в том числе бреда инсценировки и значения, психических автоматизмов, ложных узнаваний. Фантастическое содержание приобретают реальные события, происходящие вокруг больного, а также его прежние знания и воспоминания, т.е. развивается образный фантастический ретроспективный бред.

По особенностям аффекта и бреда выделяют экспансивный и депрессивный типы онейроида: наблюдается или экспансивный бред (величия,

высокого происхождения, мессианства и т.п.), или фантастический бред депрессивного содержания, в частности различные проявления бреда Котара. Часто появляется антагонистический (манихейский) бред — больной является центром противоборствующих сил добра и зла. Могут возникать сценоподобные зрительные устрашающего содержания галлюцинации.

В восприятии и сознании больного наряду с правильной ориентировкой в своей личности и месте одновременно создается фантастическое бредовое представление об окружающем и своем положении в нем. Обстановка воспринимается как историческое прошлое или необычайная ситуация настоящего, как сцены из сказок или из научно-фантастической литературы; окружающие люди превращаются в персонажей этих необычных событий. У таких больных самосознание еще сохраняется — они противопоставляют себя фантастическим переживаниям. Фантастические бредовые построения легко меняются под влиянием изменений окружающего, а также аффекта, сновидений, телесных ощущений. На этапе острой фантастической парафрении растерянность может перемежаться загруженностью. Преобладает или растерянно-патетическое возбуждение, или субступор, сопровождаемые то экстатическим аффектом, то тревожной депрессией или страхом. Нарушается чувство времени; оно замедляется, ускоряется или же возникает ощущение его исчезновения. Этап острой фантастической парафрении продолжается часы—несколько дней.

При развитии истинного онейроидав сознании больного доминируют визуализированные фантастические представления (грезоподобный бред), которые связаны уже не со сферой восприятия, а с внутренним миром больного. Основу этих представлений составляет зрительный псевдогаллюциноз. В состоянии онейроида перед "внутренним оком" больного проходят сцены грандиозных ситуаций, в которых он уже сам является главным персонажем совершающихся событий, т.е. исчезает противопоставление своего "я" переживаемым ситуациям и возникает расстройство самосознания. Очень часто наблюдается диссоциация между содержанием сознания и двигательной сферой, в которой преобладают изменчивые по интенсивности, но в целом неглубокие симптомы кататонического ступора, сменяющиеся на некоторое время эпизодами патетического или бессмысленного возбуждения. Обычно больные безмолвны, речевое общение с ними почти всегда невозможно.

Истинный онейроид является всегда кульминацией в развитии приступа рекуррентной шизофрении. Он может длиться несколько часов или

дней и чередоваться с ориентированным онейроидом. Редукция симптомов онейроида происходит постепенно, в порядке, обратном их появлению. Больные воспроизводят достаточно подробно содержание психопатологических расстройств периода помраченного сознания и тем полнее, чем более улучшается их психическое состояние; окружающие события в значительной мере или полностью амнезируются. Этапность и симптоматология онейроида, возникающего при шизофрении, не встречаются ни при каком другом психическом заболевании. Поэтому эту форму онейроида можно обозначить как эндогенную, в противоположность онейроидному помрачению сознания, которое можно назвать экзогенно-органическим и которое возникает при ряде психических заболеваний — острых металкогольных, симптоматических и сосудистых психозах, эпилепсии, болезни Крепелина, изредка при сенильных психозах. При всех перечисленных заболеваниях, исключая сенильные, психозы протекают в форме приступов, и онейроидное помрачение сознания при них, обычно как и при шизофрении, является кульминационным этапом в развитии болезни.

Предшествующие онейроиду психопатологические расстройства отражают особенности соответствующих нозологических форм. Так, при белой горячке, симптоматических и сосудистых психозах, а также при психозах, возникающих в остром периоде черепно-мозговой травмы, начальным расстройством является соматогенная астения, сменяющаяся либо делирием, либо симптомами оглушения; при алкогольном галлюцинозе, некоторых симптоматических психозах — соматогенная астения, усложняющаяся вербальным галлюцинозом; при психозах, возникающих в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы и при эпилепсии, наблюдаются астения и сумеречное помрачение сознания с бредом, зрительными и вербальными галлюцинациями или же только последние; при болезни Крепелина (одна из форм пресенильных психозов) онейроиду предшествуеттревожно-ажитированная депрессия. При всех указанных заболеваниях онейроидному помрачению сознания свойственны сходные проявления. Сравнительно редко наблюдаются последовательно развивающиеся картины, объединенные общей фабулой. Обычно возникают лишь отдельные эпизоды какого-либо события, например, связанного с космическим путешествием. В ряде случаев происходит смена нескольких фантастических сцен, не связанных друг с другом по смыслу. Сцены фантастического содержания могут сменяться сценами из обыденной жизни. Онейроидное помрачение сознания перемежается с предшествующими ему симптомами психоза. Так, при белой горячке

сцены войн, пребывания в экзотической стране и т.п. неоднократно сменяются зооптическими зрительными галлюцинациями, страхом, двигательным возбуждением. Расстройства самосознания, как правило, не наступает. Больной, находящийся в условиях фантастических ситуаций, хотя и принимает в них участие, но при этом остается самим собой. Очень часто, особенно при металкогольных психозах, больной, попадая в необычную ситуацию, остается в своей привычной или же в больничной одежде, т.е. его реквизит часто не соответствует содержанию фантастических сцен. Аналогичный факт наблюдается при эпилептическом и травматическом онеироиде. Сопутствующие онейроиду психопатологические расстройства, например, психические автоматизмы, исключая зрительный псевдогаллюциноз, фрагментарны, транзиторны, часто отсутствуют вовсе; состояния заторможенности или возбуждения лишены кататонических черт.

Продолжительность экзогенно-органического онейроида колеблется от часа (или даже меньше) до нескольких дней; редукция происходит чаще критически. Онейроид экзогенно-органического генеза, как и другие формы помрачения сознания, в первую очередь делирий и сумеречные состояния, часто сменяется переходными синдромами Викка* в виде астении, резидуального бреда, конфабулеза, психоорганического синдрома и т.д. Воспоминания об онеироиде экзогенно-органического генеза чаще фрагментарны, нередко бедны. Во многих случаях наблюдается ретардированная амнезия: вначале больной помнит содержание психоза, а затем забывает.

Развитие онейроида при экзогенно-органических психозах часто свидетельствует о тенденции болезни развиваться в сторону утяжеления. При смене или усложнении онейроида оглушением или аменцией прогноз психоза и самого заболевания в целом в данное время становится менее благоприятным.

АМЕНЦИЯ (аментивный синдром, аментивное помрачение сознания) — форма помрачения сознания с преобладанием бессвязности речи, моторики и растерянностью.

* Переходные синдромы Викка (H.Wieck, 1956) — группа неспецифических синдромов (астенических, аффективных, бредовых, органических — Корсаковский синдром и др.), возникающих при различных экзогенно-органических психозах. Развиваются либо до, либо после состояния помрачения сознания. Могут последовательно сменяться друг другом, например, аффективные — астеническим; тревожно-бредовые — апатическим ступором. Первоначально описание значительной части переходных синдромов принадлежит А.В.Снежневскому (1940).

Речь больных состоит из отдельных слов обыденного содержания, слогов, нечленораздельных звуков, произносимых тихо, громко или нараспев с одними и теми же интонациями. Часто наблюдаются персеверации. Настроение больных изменчиво — то подавленно-тревожное, то несколько повышенное с чертами восторженности, то безразличное. Содержание высказываний всегда соответствует преобладающему в данный момент аффективному фону: печальное— при депрессивном, с оттенком оптимизма — при повышенном аффекте.

Двигательное возбуждение при аменции происходит на ограниченном пространстве, обычно в пределах постели. Оно исчерпывается отдельными, не составляющими законченного двигательного акта движениями: больные вертятся, совершают вращательные движения, изгибаются, вздрагивают, откидывают в стороны конечности, разбрасываются в постели. Такого рода возбуждение называют метанием (яктации). В ряде случаев двигательное возбуждение на короткое время сменяется ступором. Речевое и двигательное возбуждения могут сосуществовать, но могут возникать и в отдельности.

Вступить в словесное общение с больными не удается. По отдельным их высказываниям можно сделать заключение о наличии у них аффекта недоумения и смутного сознания своей беспомощности — симптомов, постоянно встречающихся при растерянности. О растерянности свидетельствует и обычно недоумевающее выражение лица больных. Периодически речедвигательное возбуждение ослабевает и может на какое-то время исчезнуть совсем. В такие периоды обычно преобладает депрессивный аффект. Прояснения сознания при этом не происходит. Бред при аменции отрывочен, галлюцинации — единичны.

Основываясь на преобладании тех или иных расстройств — ступора, галлюцинаций, бреда, — выделяют соответствующие отдельные формы аменции — кататоническую, галлюцинаторную, бредовую. Выделение таких форм очень условно. В ночное время аменция может смениться делирием. В дневное время при утяжелении аменции возникает оглушение. Продолжительность аменции может составить несколько недель. Период аментивного состояния полностью амнезируется. При выздоровлении аменция сменяется или продолжительно существующей астенией, или психоорганическим синдромом.

Аменция возникает чаще всего при острых и протрагированных симптоматических психозах. Ее появление свидетельствует о неблагоприятном развитии основного заболевания.

СУМЕРЕЧНОЕ ПОМРАЧЕНИЕ СОЗНАНИЯ (сумеречное сознание; "сумерки") — внезапная и кратковременная (минуты, часы, дни —

реже более продолжительные сроки) утрата ясности сознания с полной отрешенностью от окружающего или с его отрывочным и искаженным восприятием при сохранении привычных автоматизированных действий.

По особенностям клинических проявлений сумеречное помрачение сознания разделяется на простую и "психотическую" формы, между которыми нет четких границ.

Простая форма развивается внезапно. Больные отключаются от реальности. Перестают отвечать на вопросы. Вступить с ними в общение невозможно. Спонтанная речь или отсутствует, или ограничивается стереотипным повторением отдельных междометий, слов, коротких фраз. Движения то обеднены и замедлены — вплоть до развития кратковременных ступорозных состояний, то возникают эпизоды импульсивного возбуждения с негативизмом. В части случаев сохраняются последовательные, чаще — сравнительно простые, но внешне целенаправленные действия. Если они сопровождаются непроизвольным блужданием, говорят об амбулаторном автоматизме. Длящийся минуты амбулаторный автоматизм называют фугой, или трансом; амбулаторный автоматизм, возникающий во время сна, — сомнамбулизмом или лунатизмом. Восстановление ясности сознания происходит обычно постепенно и может сопровождаться возникновением ступидности — преходящим резким обеднением психической деятельности, в связи с чем больные кажутся слабоумными. В ряде случаев наступает терминальный сон. Простая форма сумеречного помрачения сознания длится обычно минуты—часы и сопровождается полной амнезией.

"Психотическая" форма — сумеречного помрачения сознания сопровождается галлюцинациями, бредом и измененным аффектом. Возникает относительно постепенно. Восприятие больными окружающего искажено существованием продуктивных расстройств. О них можно узнать из спонтанных высказываний больных, а также потому, что словесное общение с ними в той или иной мере сохраняется. Слова и действия больных отражают существующие патологические переживания.

Из галлюцинаций преобладают зрительные с устрашающим содержанием. Нередко они чувственно ярки, сценоподобны, окрашены в разные цвета (красный, желтый, белый, синий), мерцают или сверкают. Характерны подвижные теснящие зрительные галлюцинации — надвигающаяся группа людей или приближающаяся отдельная фигура; мчащийся на больного транспорт — автомобиль, самолет, поезд; подступающая вода, погоня, обрушивающиеся здания и т.п. Галлюцинации слуха —

это фонемы, часто оглушительные —гром, топот, взрывы; галлюцинации обоняния чаще неприятны —запах горелого, мочи, жженного пера. Преобладает образный бред с идеями преследования, физического уничтожения, величия, мессианства; часто встречаются религиозно-мистические бредовые высказывания. Бред может сопровождаться ложными узнаваниями. Аффективные расстройства интенсивны и отличаются напряженностью: страх, исступленная злоба или ярость, экстаз. Двигательные расстройства проявляются чаще всего возбуждением в форме бессмысленных разрушительных действий, направленных на неодушевленные предметы, окружающих людей. Его могут сменять непродолжительные состояния обездвиженности вплоть до ступора.

Сумеречное помрачение сознания с продуктивными расстройствами бывает непрерывным и альтернирующим — со спонтанным исчезновением на короткое время многих и даже всех симптомов психоза и их последующим повторным возникновением. Продолжительность состояния расстроенного сознания колеблется от часов до 1—2 нед. Исчезновение болезненных расстройств нередко происходит внезапно. Амнезия после сумеречного помрачения сознания, сопровождаемого продуктивными расстройствами, может быть частичной (в сознании больного на разные сроки остаются фрагменты психоза, чаще всего содержание зрительных галлюцинаций и сопровождающего их аффекта), ретардированной или полной. Для больных с сумеречным помрачением сознания, в том числе и сопровождаемого неполной амнезией, является характерным их отношение к совершаемым в психозе общественно опасным деяниям (убийство и прочие). Они относятся к ним как к чуждым, совершенным кем-то другим.

Встречаются варианты сумеречного помрачения сознания с продуктивными расстройствами.

Ориентированное сумеречное помрачение сознания отличается тем, что больные в самых общих чертах знают, где они находятся и кто их окружает. Обычно оно развивается на фонетяжелой дисфории.

Патологическое просоночное состояние (опьянение сном). Возникает при замедленном пробуждении от глубокого сна, сопровождаемого яркими, в том числе и кошмарными сновидениями. От сонного торможения прежде всего освобождаются функции, относящиеся к движениям, в то время как высшие психические функции, и в их числе сознание, остаются в той или иной степени заторможенными. У полупроснувшегося человека остаются сновидения, воспринимаемые им как действительность. Они переплетаются с неправильным восприятием окружающего, могут сопровождаться страхом и способны повлечь за собой двигатель-

ное возбуждение с агрессивными поступками. Патологическое просоночное состояние заканчивается сном. В памяти могут сохраниться обрывки бывших сновидений.

Наряду с перечисленными формами сумеречного помрачения сознания встречаются "сумерки", которые можно определить как истерические. Они возникают после психических травм. Вариантом истерического сумеречного состояния является синдром Ганзера (S.Ganser, 1897). При нем на фоне помрачения сознания возникают характерные расстройства. Это прежде всего симптом "миморечи" — неправильные ответы на задаваемые больному вопросы. "Миморечь" при синдроме Ганзера всегда существует в контексте беседы с больным. По этой причине И.Н.Введенский (1904, 1905) предложил называть такую форму миморечи "симптомом неправильных ответов", а термином "миморечь" характеризовать сходные с психогенной миморечью ответы больных шизофренией с кататоническими расстройствами. Помимо речевых расстройств при синдроме Ганзера наблюдаются симптом "мимодействия" — невозможность выполнить простейшие инструкции, истерические расстройства чувствительности и в ряде случаев зрительные галлюцинации. Психоз длится несколько дней и сопровождается тотальной амнезией. В ряде случаев синдром Ганзера сменяется псевдодеменцией (K.Wernicke, 1906), при которой психические расстройства проявляются в "нарочито" неправильных действиях (например, больной неправильно пытается зажечь спичку и т.д.), грубых ошибках при решении простейших задач, кажущейся потере элементарных знаний, возникающих на фоне истерически суженного сознания.

Сумеречное помрачение сознания встречается чаще всего при эпилепсии и травматических поражениях головного мозга; реже — при острых симптоматических, в том числе интоксикационных психозах. Патологическое просоночное состояние может возникать при алкогольном опьянении и хроническом алкоголизме.

Синдромы помраченного сознания возникают в любом возрастном периоде. У детей чаще всего встречаются неразвернутые и кратковременные делириозные состояния. Может наблюдаться сумеречное помрачение сознания, то в форме снохождения или сноговорения, то в форме, несколько напоминающей "истерические сумерки". Во всех этих случаях отмечается полная амнезия эпизода. Изредка у детей встречаются расстройства сознания, близкие к онейроиду. И в этих случаях, и при развитии делирия ребенок обычно не в состоянии четко передать содержания бывших расстройств, ограничиваясь констатацией того, что "что-

то было". В молодом и зрелом возрасте синдромы помрачения сознания наиболее четко очерчены. Если во время психоза происходит смена одного вида помрачения сознания другим, то определить вновь появившуюся форму обычно можно без большого труда. В позднем возрасте можно встретить все те основные формы помраченного сознания, что возникают и у лиц зрелого возраста. Однако здесь состояния помрачения сознания определяются рядом особенностей. Например, часто отмечаются неглубокие делирии, не сопровождаемые наплывом сенсорных расстройств и вегетативно-неврологическими симптомами. Встречаются делирии, по внешним проявлениям неотличимые от профессионального и мусситирующего, и вместе с тем с такими больными в ряде случаев можно вступить в разговор, из которого иногда удается получить сведения и о больном, и о том, где он находится. Онейроидное помрачение сознания встречается редко и обычно (судя по высказываниям больных в период психоза и после него) бедно содержанием. Вместе с тем обе эти формы помрачения сознания обычно сопровождаются выраженной амнезией субъективных переживаний. Двигательное возбуждение при всех формах помраченного сознания, где оно может существовать, у лиц пожилого возраста или рудиментарно — "в пределах постели", или проявляется стереотипными движениями, далекими от сложных координированных действий больных молодого и среднего возраста. Очень часто вслед за состоянием помрачения сознания у пожилых больных можно выявить появление или отчетливое необратимое усиление расстройств, свойственных психоорганическому синдрому. Особенно часто это наблюдается у больных, перенесших аменцию или оглушение сознания. Отчетливо выраженная амнезия субъективных переживаний влечет за собой меньшую частоту развития у больных позднего возраста такого расстройства, как резидуальный бред. Можно сказать, что состояния помрачения сознания, встречающиеся у детей и у лиц позднего, особенно старческого возраста, определенно имеют черты сходства: они бедны содержанием и сопровождаются отчетливой амнезией.

DELIRIUM ACUTUM (мания Белла, острая психотическая азотемическая энцефалопатия) — сочетание глубокого помрачения сознания аментивно-онейроидного типа, сопровождаемого непрерывным двигательным возбуждением, с вегетативно-неврологическими и обменными нарушениями. Для delirium acutum характерно злокачественное (галопирующее) развитие симптомов болезни с частым смертельным исходом.

Первое описание delirium acutum (delire aigu) принадлежит I.F.Calmeil'nio (1859). Термин delire aigu употребляется во французской психиатрии и в настоящее время.

В продромальном периоде, продолжающемся часы или дни, преобладают неспецифические жалобы — чувство физического недомогания, головные боли, расстройство сна с кошмарными сновидениями. Настроение то капризно-подавленное, то, напротив, умиленно-оптимистическое. В период полного развития болезненных расстройств в картине delirium acutum доминирует интенсивное, в ряде случаев неистовое, некоординированное двигательное возбуждение с негативизмом. Возбуждение происходит на ограниченном пространстве, обычно в пределах постели. Речь бессвязна и состоит из отдельных слов или выкриков. Присоединение гиперкинезов (хореатического, атетоидного, миоклонического), клонических и тонических судорог, жевательных движений, эпилептиформных припадков, а также появление "немого" возбуждения, сменяемого периодами адинамии — признаки утяжеления состояния. Всегда существует помрачение сознания, обычно в форме аменции или онейроида. Им сопутствуют отдельные галлюцинации, бредовые высказывания, тревожно-депрессивный аффект или страх. Общение с больными затруднено или просто невозможно. Часто квалифицировать состояние помрачения сознания трудно, в связи с чем его определяют как спутанное.

Вегетативные расстройства проявляются тахикардией, резкими перепадами величин артериального давления, преимущественно в сторону его понижения — вплоть до развития коллапсов, тахипное, профузным потом; постоянна гипертермия (до 40—41°) центрального происхождения. Для обменных нарушений характерны: прогрессирующая по мере утяжеления состояния азотемия, резко выраженное обезвоживание, сопровождаемое олигурией, сниженный уровень калия в плазме. Обычно наблюдается лейкоцитоз с увеличением числа нейтрофилов. Часто возникает прогрессирующее похудание — вплоть до кахексии. Характерен внешний облик больных: заостренные черты лица, запавшие глаза, сухие, запекшиеся губы, сухой морщинистый язык (язык попугая). Кожные покровы чаще бледные, иногда с землистым или цианотичным оттенком. Легко возникают множественные кровоподтеки. При отсутствии лечения, спустя несколько дней—неделю после развития манифестных симптомов delirium acutum, наступает смерть в состоянии гипертермической комы. Применение современных методов лечения позволяет сохранить больному жизнь. Delirium acutum чаще всего наблюдается при

шизофрении, развивающейся в форме приступов (рекуррентной и приступообразно-прогредиентной), а также при старческом слабоумии, прогрессивном параличе (галопирующей форме), послеродовых психозах и психозах в связи с септическими состояниями. Клиническая картина болезни Крепелина с острой алкогольной энцефалопатией Гайе-Вернике соответствует тому, что наблюдается при delirium acutum. Французские психиатры считают, что delirium acutum в одних случаях представляет собой не синдром, а самостоятельное заболевание, а в других — возникает в качестве синдрома при различных токсико-инфекционных процессах — вторичные симптоматические формы delirium acutum.

*Припадки **

Припадки (пароксизмы) — внезапно развивающиеся, кратковременные (секунды—минуты, много реже часы—дни) состояния изменения ясности сознания — вплоть до полного его отключения, сопровождаемые двигательными расстройствами, в первую очередь в форме судорог. Припадкам обычно свойственно критическое окончание, повторяемость и однотипность клинических проявлений — развитие по типу "клише".

"Ни в одном случае судорог или случайной потери сознания я не стремился установить, приближаются ли они к известному клиническому стандарту, к генуинной эпилепсии. В каждом случае я старался найти место поражения, вызывающее припадки, и тот процесс, который к этому приводит. У меня в мозгу первым возникает не вопрос: "Эпилепсия ли это?", а вопрос: "Где находится поражение, вызывающее по временам чрезмерный разряд?" Для меня мало значит, называется ли эпилептическим случай судорог или другой пароксизмальный нервный припадок, т.к. я стараюсь выявить, имеется ли такая часть мозга, от деятельности которой внезапно развиваются судороги".** Это слова невропатолога. Однако они имеют важное значение и для тех, кто изучает психиатрический аспект эпилепсии. Совсем не случайно оказалось, что эта, высказанная в 1870 году, точка зрения явилась во многом программной в вопросе изучения эпилепсии вообще. Свидетельство тому — принятая в Нью-Йорке в 1969 году международная классификация при-

* Раздел написан Н.Г.Шумским.

* * J.H.Jackson. Selected writings of John Hughlings Jackson, vol. I on epilepsy and epileptiform convulsions. 1931, p. 78.

падков, в основу которой положены данные электроэнцефалографии, соотнесенные с клиническими фактами. Эта классификация позволяет делать выводы о локализации очага поражения в головном мозге, являющегося источником припадка. После введения в Нью-Йоркскую классификацию некоторых изменений (П.М.Сараджишвили, 1972) ее начали использовать в практических целях отечественные неврологи и психиатры.

*Краткая классификация эпилептических припадков**

А. ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ПРИПАДКИ.

I. Судорожные генерализованные припадки. П. Малые припадки (petits raaux) — абсансы. III. Полиморфные припадки.

Б. ФОКАЛЬНЫЕ (ПАРЦИАЛЬНЫЕ) ПРИПАДКИ.

I. Двигательные припадки. II. Сенсорные припадки. III. Висцерально-вегетативные припадки. IV. Припадки с психопатологическими феноменами. V. Вторично генерализованные припадки.

В. ГЕМИКОНВУЛЬСИВНЫЕ ПРИПАДКИ.

Припадкам в части случаев предшествуют две группы расстройств: продромальные явления и (или) ауры.

Продромальные явления (продромы — W.R.Gowers, 1901) возникают за несколько часов или дней до начала припадка. Встречаются вегетативно-соматические и психические предвестники припадков. Первые обычно проявляются головными болями — то общими, то локализованными в одной половине головы, в части случаев напоминая мигрень (светобоязнь, тошнота, головокружение); тахикардией, неприятными ощущениями в области сердца или желудочно-кишечного тракта, горечью во рту, тошнотой, расстройствами в сфере витальных влечений (булимия или, напротив, та или иная степень утраты чувства голода) зевотой, чиханием, зудом, эритемой, полиурией. Психические предвестники припадков наблюдаются чаще. Это прежде всего изменения настроения. Возникает раздражительность, угрюмость, неясная тревога, подавленность или, напротив, чрезмерная веселость с оптимистичностью и ощущением полного физического и психического здоровья — вплоть до состояний "судорожной" — возникающей короткими вспышками или постоянной восторженности. Иногда больные выглядят сонливыми, как бы погруженными в самих себя; на лице то отсутствующий взгляд, то выражение мечтательности или восторженности. В некоторых случаях в период продрома возникают импульсивные явления, такие как бродяжничество, сексуальные эксцессы, внезапные разрушительные поступки. Встречаются сенестопатические расстройства, а также различные ипохондрические высказывания — то отражающие измененное физическое и психическое самочувствие, то как будто лишенные определенной внешней причины. Продромальные явления встречаются примерно у 10% больных, страдающих припадками.

Аура (предвестник припадка; симптом — сигнал; H.Gastaut, 1975) — кратковременные, длящиеся секунды расстройства (двигательные, чувственные, психические), возникающие на фоне измененного или достаточно ясного сознания. Измененное сознание не сопровождается амнезией происшедшего с больным эпизода (при одновременном запамятовании того, что происходило в это время вокруг), а ясное сознание нередко сопровождается амнезией происходивших кругом больного событий или нечетким их восприятием и последующим воспоминанием.

Прежде считалось, что аура является предвестником собственно эпилептического припадка. К настоящему времени эта точка зрения уступила место убеждению, согласно которому именно аура представляет собою припадок. Следующие за аурой судорожные и иные расстройства — всего лишь генерализация процесса возбуждения в головном мозге. Весь пароксизм может ограничиться аурой. В существующей литературе термины аура и припадок нередко используются в качестве синонимов. Эту мысль одними из первых высказали В.Пенфилд и Т.Эриксон.* Симптоматология ауры часто позволяет сделать предположительный вывод о локализации очага, являющегося источником пароксизмальных расстройств. Поэтому особо важное значение характер ауры имеет в тех случаях, когда речь идет о фокальных припадках. Некоторые авторы (H.Gastaut, 1975) отождествляют ауру с начальными проявлениями фокального припадка, сопровождаемого или не сопровождаемого последующей судорожной генерализацией: так, например, термин "эпигастральный эпилептический припадок" является эквивалентом термина "эпигастральная аура" и может быть употреблен вместо последнего**. По данным W.R.Gowers'a (1901), аура встречается в 57% случа-

* Сараджишвили П.М., Геладзе Т.Ш. Эпилепсия. — М.: Москва 1977 с. 114.

* Пенфилд В., Эриксон Т. Эпилепсия и мозговая локализация. Пер. с англ. М.: Медгиз, 1949, с. 81.

** Гасто X. Терминологический словарь по эпилепсии. Пер. с англ. Женева, 1975, с. 17.

ев эпилепсии; сходные цифры опубликованы и С.Н.Давиденковым (1960), обнаружившим ауру у 68,3% исследованных им больных. По мнению O.Binswanger'a (1913), аура встречается в 37%; А.С.Тиганов (1983) считает, что эта цифра соответствует данным современных наблюдений.

Различают ауры двигательные, сенсорные, вегетативные и психические (П.М.Сараджишвили, 1975).

Двигательная (моторная) аура проявляется судорожными сокращениями отдельных мышц, групп мышц, жевательно-глотательными движениями, перебираниями руками, криком, пением, пароксизмами ходьбы или бега и т.д.

Сенсорная аура проявляется различными патологическими ощущениями в лице, конечностях, туловище (онемение, боль, сжатие, растяжение, давление, чувство жара, жжения или, напротив, холода и т.д.), а также расстройствами со стороны слуха, зрения, обоняния, вкуса, вестибулярного аппарата — слуховая, зрительная, обонятельная, вкусовая, вестибулярная ауры.

Вегетативная аура проявляется в форме секреторных (слюнотечение, слезотечение), вазомоторных (покраснение, побледнение, потоотделение и др.), респираторных, сосудистых, висцеральных (например, разлитая боль в области груди, живота и т.д.) расстройств.

Психическая аура проявляется иллюзиями, галлюцинациями, психосензорными расстройствами, явлениями деперсонализации, дереализации, разнообразными нарушениями мышления.

В связи с тем, что существует определенная тенденция отождествлять ауру с припадком, возможно, следует говорить об ауре в тех случаях, когда вслед за ней возникают парциальные или генерализованные судорожные расстройства. В тех случаях, когда все ограничивается только аурой — следует говорить о соответствующем бессудорожном припадке.

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ПРИПАДКИ. **Припадок эпилептический большой** (grand mal, припадок большрй судорожный, припадок эпилептический тонико-клонический) — п. э., протекающий с потерей сознания, падением, нередко непроизвольным мочеиспусканием и дефекацией, тоническими судорогами, переходящими в клонические, и заканчивающийся комой, сменяющейся сопором и глубоким сном*. При большом эпилептическом припадке выделяют девять периодов (фаз): продромальные явления (см. выше), ближайшие предвестники — ауры (см. выше), потеря сознания, падение, судороги тонические, судороги клонические, кома, состояние постэпилептического истощения (сопор, сон и т.д.), межприпадочный период (Д.А.Марков, 1987). Некоторые из этих периодов, например, продромальные явления и аура, могут отсутствовать. Собственно припадок начинается внезапным отключением сознания, о появлении которого может говорить отсутствующее выражение лица или же пристально устремленный в пространство взгляд. Больной бледнеет, падает, как подкошенный, нередко испуская нечленораздельный крик. Чаще всего падение происходит вперед, реже — назад и еще реже — в стороны. У каждого больного падение происходит обычно в одном и том же направлении. Наступившее тоническое сокращение мышц влечет за собой оцепенение больного в определенном положении. Обычно голова больного запрокидывается (реже наклонена вниз), верхние конечности чаще сгибаются в локтевых суставах, пальцы сжимаются в кулак, нижние конечности или разгибаются и поднимаются несколько вверх, или же, согнутые в коленных и тазобедренных суставах, приводятся к животу. Челюсти сжимаются, зубы стискиваются. В ряде случаев происходят прикусы языка или слизистой щек. Грудная клетка и диафрагма находятся в это время в положении выдоха. Поэтому первоначальная бледность лица сменяется его посинением или темно-багровым цветом. Зрачки расширяются и не реагируют на свет. Пульс не прощупывается. Тоническая фаза продолжается 20—30 секунд, иногда примерно минуту.

Фаза клонических судорог. Вначале появляются единичные беспорядочные судорожные движения в отдельных группах мышц, начиная с век и пальцев рук. При их усилении возникают более резкие сгибания и разгибания конечностей, больше выраженные в руках, чем в ногах. Клонические судороги появляются также в мышцах туловища, шеи, в мускулатуре лица, т.е. происходит их генерализация. Голова быстро поворачивается в стороны; глазные яблоки совершают нистагмоидные и вращательные, а нижняя челюсть — жевательные движения. Из-за клонических судорог лицевой мускулатуры, в частности жевательных мышц, на лице у больных появляются гримасы. Первоначально размах клонических судорог увеличивается, затем ослабевает, и постепенно ритм их урежается. Во время фазы клонических судорог может наблюдаться непроизвольное мочеиспускание (чаще у женщин), реже дефекация. В связи с повышенным выделением слюны и секрета из бронхов, изо рта появляется пена и пузыри, часто окрашенные кровью, что связано с прикусами

* Энциклопедический словарь медицинских терминов. М., т. 2, 1983, с. 371.

языка и слизистой щек. В конце клонической фазы появляется учащенное, часто усиленное шумное дыхание, тахикардия. Фаза клонических судорог продолжается от 1 до 3-х минут и заканчивается расслаблением мускулатуры —то относительно постепенным, то внезапным, нередко с глубоким вздохом. Клонические судороги не сопровождаются значительным перемещением тела больного, и таким образом большой эпилептический припадок происходит на ограниченном пространстве— "требует мало места".

Во время коматозной фазы больной лежит неподвижно, с расслабленной мускулатурой, не реагирует на различные раздражители. Зрачковые, роговичные, сухожильные и другие рефлексы отсутствуют. Цвет лица пепельно-серый. Кожа покрыта потом. Дыхание шумное, порой стерторозное. Так продолжается 15—30 минут. Затем появляются отдельные движения, и больной начинает походить на глубоко спящего человека. У одних больных сознание восстанавливается затем достаточно быстро. В части случаев восстановление ясности сознания происходит постепенно. У таких больных могут возникать различные формы сумеречного помрачения сознания. По миновании припадка большинство больных испытывают слабость, разбитость, головные боли, повышенную потливость. Часто отмечается бедная словами речь (олигофазия). Возникает сон, длящийся несколько часов. Иногда слабость и разбитость продолжаются в течение нескольких дней после припадка. Воспоминаний о периоде припадка не остается. О том, что припадок был, больные знают на основании плохого самочувствия, неопрятности мочой, а особенно — по следам прикусов.

Большие эпилептические припадки не во всех случаях проходят все перечисленные фазы. Прежде всего это относится к тоническим и клоническим судорогам, которые могут отсутствовать, возникать по отдельности или же оставаться неразвернутыми. В этих случаях говорят о больших абортивных эпилептических припадках.

К генерализованным припадкам относятся клонические, миоклонические* и тонические пароксизмы, наблюдаемые главным образом у детей.

Припадок клонический характеризуется потерей сознания, ритмичными двусторонними клоническими судорогами, распространяющимися по всему телу, разнообразными вегетативными расстройствами. Продолжается около одной минуты.

* Миоклония — кратковременное быстрое сокращение мышечных групп или отдельных мышц, вызывающее или не вызывающее движения тела.

Припадок миоклонический (припадок миоклонических судорог) определяется потерей сознания и возникновением судорог мышц головы, шеи, верхних конечностей, реже — всего тела. Припадок продолжается секунды—минуты.

Припадок тонический характеризуется помрачением сознания, разнообразными вегетативными расстройствами и выраженными двусторонними тоническими судорогами с частичным опистотонусом и поднятием полусогнутых рук над головой. Продолжительность — 5—20 секунд.

Эпилептический статус (эпилептическое состояние, припадок эпилептический постоянный, grand mal Status epilepticus) — возникновение серии эпилептических припадков, в промежутках между которыми не происходит восстановления ясности сознания, т.е. у больного остаются симптомы комы, сопора или выраженного оглушения. В отечественной литературе термин "эпилептический статус" употребляется, в основном, лишь применительно к большим (тонико-клоническим) припадкам. На самом же деле виды эпилептического статуса столь же многочисленны, сколь и разновидности эпилептических припадков (H.Gastaut, 1975). E.Niedermeyer (1960) отмечает увеличение частоты случаев эпилептических статусов вообще и связывает это обстоятельство с внезапным прекращением энергично проводившегося противоэпилептического лечения. Частота больших (тонико-клонических) припадков, возникающих при развитии эпилептического статуса, может достигать 300 и более в сутки. Судорожные припадки, повторяющиеся каждые 2—3 минуты, чреваты смертельным исходом (П.М.Сараджишвили и Т.Ш.Геладзе, 1977). Эпилептический статус может развиться вслед за учащением и утяжелением припадков, наблюдающимся в предшествующие дни или недели, но чаще он развивается внезапно. В состоянии эпилептического статуса отмечаются: учащение пульса, снижение или резкое падение артериального давления; расширение зрачков и отсутствие их реакции на свет, появление двустороннего рефлекса Бабинского; синюшное лицо, в ряде случаев резкая инъекция конъюктивы склер; выраженная потливость; частое наличие гипертермии. Эпилептический статус длится часы—несколько суток. Если в последнем случае не отмечается урежения припадков, перехода комы в состояние оглушения, снижения гипертермии — прогноз в отношении жизни больного очень плох.

Абсансы (малые припадки)

Комиссия ВОЗ по разработке терминологического словаря по эпилепсии (1967) нашла целесообразным заменить термин "малый припадок" — petit mal, термином "абсанс" (absence — отсутствие) или же сделать оба термина синонимами, предпочитая употреблять термин "абсанс". Основанием для такого заключения послужили электроэнцефалографические исследования малых припадков. Термин "petit mal" введен J.E.Esquirol'eM (1815; термин "absence epileptique" — его учеником I.F.Calmeil'eM (1824).

Существует подразделение абсансов, или малых припадков (petits maux), на простые и сложные. Четкой границы между ними, возможно, и не существует.

Абсанс простой — кратковременная (несколько секунд) потеря сознания с последующей амнезией. Абсанс внезапно застигает больного во время его каких-либо занятий или разговора, которые он обычно возобновляет, как только кончается пароксизм. Во время абсанса лицо чуть бледнеет, взгляд устремлен в одном направлении; иногда глазные яблоки чуть отходят кверху; могут наблюдаться едва заметные мигательные движения век. Окончание пароксизма мгновенное; как правило, симптомов оглушения или недомогания не наблюдается. Лишь после повторяющихся несколько раз подряд абсансов появляется некоторая вялость.

Абсанс сложный — кратковременная потеря сознания, сопровождаемая рудиментарными судорожными компонентами, движениями или действиями.

Абсанс автоматизма — разновидность сложного абсанса: выключение сознания сопровождается стереотипно повторяющимися двигательными актами: непроизвольными движениями губ или языка, жестами, привычными действиями (приведение в порядок одежды, потирание рук и т.п.).

Абсанс атонический (атонический малый припадок) — разновидность сложного абсанса: выключение сознания сочетается с потерей постурального мышечного тонуса*, приводящей к замедленному падению (оседанию тела); в других случаях наблюдается быстрое падение, сопровождаемое ушибами и медленным выпрямлением тела.

Абсанс вегетативный — разновидность сложного абсанса, с вегетативными расстройствами (тахикардия, артериальная гипертензия, учащение дыхания, потоотделение и т.д.).

'Постуральный тонус — мышечный тонус, связанный с положением тела.

Абсанс гипертонический — разновидность сложного абсанса; отключение сознания сопровождается повышением постурального мышечного тонуса, разгибанием головы,-отведением глазных яблок кверху.

Абсанс кашлевой — разновидность сложного абсанса;выключение сознания сопровождается кашлевыми толчками.

Абсанс миоклонический — разновидность сложного абсанса: выключение сознания сопровождается двусторонними мышечными подергиваниями (миоклониями), преимущественно мышц лица и верхних конечностей; может наблюдаться выпадение предметов из рук, иногда происходит внезапное сгибание головы и обычно вытянутых рук; при миоклониях, захватывающих мышцы нижних конечностей, возможно падение.

Абсанс ретрокурсивный — разновидность гиперт^дяческого абсанса: выгибание туловища кзади сопровождается автоматически шагом или шагами назад для сохранения равновесия.

Абсанс энуретический — разновидность сложного абсанса: отключение сознания сопровождается непроизвольным мочеиспусканием. Припадок бывает настолько коротким, что в ряде случаев мочевой пузырь полностью не опорожняется.

Пикнолепсия (пикноэпилепсия) — форма эпилепсии, проявляющаяся простыми или сложными абсансами, возникающими сериями — до 50—60 и более в сутки; наблюдается у детей в возрасте 4—10 лет. Припадки при пикнолепсии исчезают или урежаются с наступлением половой зрелости. В ряде случаев они усложняются генерализованными судорожными припадками.*

Статус абсанса (petit mal status; etat de petit mal — M.A.Lennox F.A.Gibbs, 1939) — форма эпилептического статуса, характеризующаяся возникновением серии абсансов, в промежутках между которыми не восстанавливается ясность сознания, или одного абсанса, продолжающегося десятки минут—часы, изредка — дни (пролонгированный абсанс). Статус абсанса может сопровождаться эпилептическими фугами.

В изолированном виде абсансы (малые припадки — petits maux) возникают исключительно у детей. В юношеском и зрелом возрасте абсан-

* Термин "пикнолепсия" широко распространен, однако предпочтительно использовать термин "пикноэпилепсия", т.к. он более четко подчеркивает эпилептическую природу заболевания. Гасто X. Терминологический словарь по эпилепсии. Перевод с англ., Женева, ВОЗ, 1975, с. 30.

«л сжигаются с другими припадками, в первую очередь с большими эпилептическими (тонико-клоническими) припадками.

ФОКАЛЬНЫЕ (ПАРЦИАЛЬНЫЕ) ПРИПАДКИ — припадки эпилепсии, возникающие при локальном возбуждении головного мозга, в связи с чем клинические проявления не столь генерализованы, как при большом припадке эпилепсии.* Фокальные припадки составляют не менее 50% всех форм эпилептических припадков (П.М.Сараджишвили, Т.Ш.Геладзе, 1977).

Двигательные фокальные припадки

ᶠ же к о о н о в с к и е (с о м а т о м о т о р н ы е) п р и п а д к и. Пароксизмы проявляются тоническими и (или) клоническими судорогами в каком-либо участке одной половины тела. Судороги остаются то локализованными, то распространяются на соседн-ие области тела. Сознание во время припадка обычно остается ясным. Чаще всего судороги начинаются с мышц пальцев руки, предпочтительно с мышц большого пальца и реже с мышц мизинца; далее судороги переходят на мышцы предплечья, плеча, лица, туловища и в последнюю очередь — на мышцы ноги. В других случаях судороги начинаются с мышц лица, предпочтительно с мышц рта; затем судороги распространяются на язык, веко, глазное яблоко, руку и в последнюю очередь — на мышцы ноги. Реже всего судороги первоначально возникают в мышцах стопы, начинаясь в мышцах большого пальца, и далее могут, поднимаясь вверх, последовательно захватить остальные мышцы одной половины тела — в последнюю очередь мышцы дистального отдела руки. Генерализация односторонних судорог, а также их переход на противоположную сторону тела сопровождаются потерей сознания. Возникает вторично-генерализованный припадок. В части таких случаев судороги на одной части тела выражены сильнее. Для того, чтобы произошла генерализация джексоновского припадка, по-видимому, необходимо, чтобы судороги с самого начала имели определенную локализацию или же в процессе своего распространения захватили бы определенные мышечные группы. "Генерализация припадка может наблюдаться при фокальных эпилептических судорогах в лицевых мышцах, но никогда не развивается при фокальных судорогах в руке или ноге. Припадок же, начавшийся с судорог в ноге и перешедший в руку, может генерализоваться только после захвата лицевых мышц. Chavany (1958) также отмечает,

* Энциклопедический словарь медицинских терминов. Т. 2, 1983, с. 373.

что генерализация припадка с потерей сознания происходит только при судорожных клонических разрядах в лицевых мышцах. Это интересное явление можно объяснить тем, что при возникновении в лицевых мышцах клонических судорог на одной стороне последние нередко быстро переходят на другую сторону, захватывая мелкие мышцы лица, глаз и век" (П.М.Сараджишвили и Т.Ш.Геладзе., 1977). Джексоновские припадки часто сопровождаются симптомами скоро проходящего пареза или паралича мышц той части тела, в которой первоначально возникли судорожные явления. Продолжительность судорог при Джексоновских припадках составляет десятки секунд—минуту; изредка отмечается медленное распространение локализованных в одном участке тела судорог. Джексоновские припадки могут возникать сериями, в том числе и с развитием эпилептического статуса.

А д в е р с и в н ы й п р и п а д о к может начаться с потери сознания, вслед за которым следует тонический поворот в сторону сперва глазных яблок, а затем головы, конечностей и туловища; в этом случае часто наблюдается поднятие и отведение в сторону полусогнутой руки; первоначальные тонические судороги сменяются клоническими, в связи с чем клиническая картина приобретает большое сходство с большим эпилептическим припадком. При адверсивном припадке поворот глазных яблок, головы, конечностей и туловища происходит в сторону, противоположную эпилептическому очагу.

Адверсивный припадок возникает и на фоне ясного сознания. В этих случаях он ограничивается лишь тоническим поворотом глазных яблок в сторону и их клоническим подергиванием — о к у л о к л о н и ч е с к и й п р и п а д о к илиэ п и л е п т и ч е с к и й н и с т а г м.

Т о н и ч е с к и й п о с т у р а л ь н ы й п р и п а д о к —возникающий на фоне потери сознания кратковременный (5—20 сек) пароксизм двусторонних тонических судорог преимущественно постуральных мышц с развитием опистотонуса; наблюдается у детей с органическими поражениями центральной нервной системы; очаг возбуждения локализуется в стволовой части мозга.

В некоторых случаях фокальные двигательные припадки проявляются нарушениями речи.

П р и п а д о к а ф а з и ч е с к и й — преходящая полная или частичная афазия — моторная или сензорная. Моторная афазия сопровождается исчезновением внутренней речи.

П р и п а д о к о с т а н о в к и р е ч и — невозможность артикулировать слова при сохранении внутренней речи.

П р и п а д о к п а л и л а л и ч е с к и й — пароксизм многократного повторения какого-либо слова или фразы.

К фокальным двигательным припадкам относят и те, которые наблюдаются в случаях Кожевниковской эпилепсии. Возникающие при ней пароксизмы определяются почти постоянным клоническим гиперкинезом — сгибательным, разгибательным и смешанным, локализующимся преимущественно в мышцах руки, но могущим возникать и в мышцах лица, языка, ноги. Периодически клонические судороги усиливаются, и в ряде случаев возникает большой судорожный припадок, после которого клонический гиперкинез на некоторое время исчезает, а затем появляется вновь.

Сенсорные фокальные припадки

К этой группе относятся разнообразные по своим проявлениям пароксизмы. Значительная их часть проявляется в форме иллюзий и галлюцинаций. Выделение таких припадков основывается на учете: а) психопатологического расстройства, которое занимает в пароксизме ведущее место; б) сенсорных областей или анализаторов, в которых возникает психопатологический симптом: припадок иллюзорный зрительный; припадок галлюцинаторный слуховой и т.д. Сенсорные припадки, особенно сложной структуры, сравнительно редко одни исчерпывают картину пароксизма. Обычно они представляют собой ауру (симптом-сигнал), предшествующую фокальному, вторично генерализованному припадку. Сенсорные припадки часто возникают у больных эпилепсией с височной, височно-лобной и височно-теменной патологией.

П р и п а д о к а ф ф е к т и в н ы й — возникновение резко выраженных аффективных расстройств, в первую очередь страха или ужаса; изредка возникают состояния повышенного настроения, в частности, в форме экстаза.

П р и п а д о к в к у с о в о й — пароксизм вкусовых ощущений (горького, кислого, соленого и т.д.), проявляющихся спонтанно (п р и п а д о к в к у с о в о й г а л л ю ц и н а т о р н ы й) или при приеме пищи, имеющей другой вкус (п р и п а д о к в к у с о в о й и л л ю з о р н ы й).

П р и п а д о к г а л л ю ц и н а т о р н ы й — пароксизм то относительно простых (обонятельных, вкусовых, висцеральных, слуховых и т.д.), то достаточно сложных, в частности сценоподобных (зрительных, слуховых) галлюцинаций.

П р и п а д о к г а л л ю ц и н а т о р н ы й э к м н е с т и ч е с к и й — пароксизм сценоподобных зрительных и реже слуховых галлюцинаций, имеющих своим содержанием события прошлой жизни.

П р и п а д о к д и с м н е с т и ч е с к и й (припадок парамнестический) включает расстройства типа deja vu, jamais vu и все относящиеся сюда подобные феномены (см. раздел "Интрапсихические расстройства"), а также зрительные галлюцинации, возникающие при экмнестическом припадке.

П р и п а д о к з р и т е л ь н ы й — возникновение в форме пароксизма элементарных зрительных ощущений в форме иллюзий или фотопсий или сценоподобных зрительных галлюцинаций (зрительный галлюцинаторный припадок).

П р и п а д о к и д е а т о р н ы й — пароксизм насильственных мыслей и представлений.

П р и п а д о к о б о н я т е л ь н ы й — возникающий на фоне гиперосмии* пароксизм обонятельных иллюзий или обонятельных галлюцинаций; иллюзии и галлюцинации обоняния почти всегда неприятны: запах мочи, горелого, плесени, экскрементов и т.д.

П р и п а д о к п с и х о с е н з о р н ы й — пароксизм в форме макро- или микропсии, дисмегалопсии (метаморфопсии) и (или) расстройств схемы тела (аутометаморфопсии).

П р и п а д о к с л у х о в о й — пароксизм элементарных слуховых галлюцинаций (акоазмов), глухоты, слуховых иллюзий (слуховой иллюзорный припадок) или более сложных слуховых, в частности вербальных галлюцинаций (слуховой галлюцинаторный припадок).

П р и п а д о к с о м а т о с е н с о р н ы й — пароксизмы неприятных или тягостных ощущений (покалывание, ползанье мурашек, боли, онемение и т.д.), возникающих в кожных покровах или во внутренних органах и полостях организма.

Висцеро-вегетативные припадки

Висцеральные (корковые) припадки представляют собой пароксизмы, чаще всего так или иначе затрагивающие желудочно-кишечный тракт. В области мечевидного отростка, пупка и ниже, реже во рту или в горле возникают ощущения стеснения, пустоты, жжения, боли. Часто такие ощущения трудно описать словами. Во всяком случае, они отличаются больными от всего другого, что им приходится испытывать вне пароксизмов. Когда подобные ощущения возникают в области надчревья и несколько ниже, они сопровождаются, особенно у детей, чувством

* Гиперосмия — болезненное обострение обоняния. Энциклопедический словарь медицинских терминов. Т. 1, 1982, с. 279.

тошноты, урчанием кишечника, метеоризмом, слюноотделением. Могут наблюдаться глотательные и жевательные движения. Возникшее ощущение не остается локализованным, а поднимается кверху — к шее и голове. В последнем случае обычно наступает потеря сознания и генерализованный припадок. Висцеральные припадки часто зависят от существования патологического очага в височных долях головного мозга. В связи с локализацией ощущений большая часть висцеральных припадков описывается под обобщенным названием эпигастральных или абдоминальных. В качестве вариантов висцеральных припадков выделяют:

Припадок жевательный (припадок мастикаторный) — пароксизм непроизвольных ритмических жевательных движений с обильным слюнотечением; в ряде случаев наблюдается прикус языка.

Припадок слюнотечения —пароксизм гиперсаливации; слюна выливается изо рта или проглатывается.

Припадок фаринго-оральный — пароксизм ритмических движений губ. и языка, сочетающихся с актами глотания (больной напоминает человека во время еды); одновременно могут наблюдаться гиперсаливация и жевательные движения.

Диэнцефальные (гипоталамические, вегетативные) припадки

Диэнцефальные припадки чаще возникают без продромальных явлений. Внезапно появляются озноб и дрожь в теле, покраснение или побледнение лица, пилоэррекция — т.н. "гусиная кожа", реже отек и крапивница, парестезии и (или) болевые ощущения, одышка, тахикардия, артериальная гипертензия, слюнотечение, полидипсия, головокружение, мидриаз, слезотечение, шум в ушах. Очень частым симптомом диэнцефального пароксизма является немотивированный страх. Могут наблюдаться различные степени нарушения ясности сознания, но они никогда не достигают той глубины, которая встречается при генерализованных припадках. Диэнцефальный пароксизм продолжается минуты — 1—2 часа. В постприпадочном периоде наблюдаются: императивные позывы на дефекацию, нередко в форме жидкого стула, и мочеиспускания (последнее сопровождается обычно полиурией с выделением светлой мочи); реже встречается задержка мочеиспускания. У части больных наблюдаются булимия или анорексия, явления адинамии и сонливость.

Е.Ф.Давиденкова-Кулькова (1969) выделила различные типы диэнцефальных припадков:

1) пароксизмы, проявляющиеся одними лишь вегетативными расстройствами;

2) пароксизмы вегетативных расстройств, сопровождаемые н; •:- чиниями сознания, близкими к т.н. особым состояниям сознания (см. гшже[1]

3) пароксизмы, сочетающие вегетативные расстройства с состояниями обездвиженности;

4) пароксизмы вегетативных расстройств с присоединением тонических судорог;

5) пароксизмы вегетативных расстройств, сочетающиеся с тон;-г: некими судорогами и "более или менее полной" потерей сознания.

Припадки с психопатологическими феноменами

Данную группу, возможно, целесообразнее обозначить как "бессудорожные формы пароксизмов" (А.С.Тиганов, 1983), т.к. последнее название подчеркивает ее существенное отличие от предыдущих ipt\ групп, в которых судорожный компонент являлся или постоянным, и и достаточно частым симптомом. Клиническая картина пароксизмов, относящихся к этой группе, включает разнообразные продуктивные психопатологические расстройства, с которыми психиатры встреч .потея при изучении эндогенных и соматически обусловленных психозов. К ним относятся аффективные, иллюзорные, галлюцинаторные, бредовые, ступорозные расстройства, а также различные по своим психопатологическим проявлениям состояния помрачения сознания. В терминологическом словаре по эпилепсии (1975) данную группу парок-нчмальных расстройств предварительно обозначили как "пароксизм ные" (острые) психозы у больных эпилепсией. Считают, что подобн, болезненные состояния возникают у больных эпилепсией с очагами поражения височной, височно-лобной и височно-теменных областей корь головного мозга.

Аффективные пароксизмы занимают по частоте первое место. Среди них доминируют различные по своей структуре дисфории (см. раздел "Интрапсихические расстройства"). Много реже аффективные расстройства возникают в форме гипоманиакальных и маниакальных состояний. И те, и другие могут сопровождаться или экстатической, или повышенно-дурашливой (мориоподобной) окраской. Изредка встречаются больные, у которых наблюдается чередование биполярных аффективных расстройств, как это свойственно больным с циклотимией (МДП). При большинстве, а может быть и при всех пароксизмально

возникающих аффективных расстройствах у больных существуют различная по степени выраженная раздражительность и нередко склонность к агрессивным действиям. В части случаев, в первую очередь при дисфориях, возникают импульсивные влечения.

Среди пароксизмов, сопровождаемых помрачением сознания, первое по частоте место занимают различные по психопатологической структуре сумеречные состояния (см. раздел "Синдромы помрачения сознания").

В тех случаях, когда в картине помрачения сознания доминируют последовательно меняющиеся сценоподобные зрительные галлюцинации, говорят об эпилептическом делирии или делириозной спутанности. Наличие в структуре помраченного сознания бредовых и галлюцинаторных расстройств фантастического содержания и отсутствие их запамятования вслед за окончанием пароксизма позволяет диагностировать эпилептический онейроид. Последний нередко сменяется стойким резидуальным бредом.

Особые состояния — М.О.Гуревич, 1946; сноподобные состояния (dreamy states) — J.H.Jackson, 1931 — разновидность онейроидного помрачения сознания; при нем фантастические переживания сочетаются с выраженными аффективными расстройствами (страх, тревога, экстаз, растерянность), дезориентировкой в окружающем (при сохранности аутопсихической ориентировки), нарушениями восприятия времени, которое кажется то нескончаемо долгим, то воспринимается, как одно мгновение; симптомами "уже виденного", "никогда не виденного" и их другими эквивалентами, расстройствами схемы тела, оптико-вестибулярными нарушениями, состояниями обездвиженности. К особым состояниям, во всяком случае, к бессудорожным формам пароксизмов, можно отнести и психические ауры. На фоне простой формы сумеречного помрачения сознания возникают различные двигательные расстройства, объединяемые термином "автоматизмы".

К ним относятся:

1) амбулаторный автоматизм — непроизвольное блуждание с упорядоченным поведением и нередко с выполнением сложных действий, возникающих спонтанно или в качестве реакции на внешние раздражения; продолжительность амбулаторного автоматизма минуты—часы; изредка — дни—недели;

2) сомнамбулизм (лунатизм, снохождение) — амбулаторный автоматизм, возникающий во время сна; сопровождается выполнением привычных движений и действий;

3) трансфуга — кратковременное (доли минуты, 1—2 мин) состояние амбулаторного автоматизма, сопровождаемое импульсивными действиями: больной внезапно начинает раздеваться; мочится на людях; бросается куда-то бежать; совершает вращательные движения телом и т.д. Все амбулаторные автоматизмы сопровождаются полной амнезией.

Пароксизмальные психозы у больных эпилепсией могут проявиться состояниями обездвиженности различной глубины (см. раздел "Ступорозные состояния").

К бессудорожным формам пароксизмов относятся и некоторые сны, которые, может быть, целесообразно обозначить как "эпилептические сны". В 1897 г. Ch.Fere описал "сны припадков", или "припадочные сны" — reves d'acces, — сновидения,содержанием которых является весь припадок или какая-то его часть, хотя самого припадка в этот момент не наблюдалось. По наблюдению Ch.Fere, reves d'acces могут предвещать скорое появление припадков, которые пока еще не наступали. Ducoste (1899) описал другую разновидность эпилептических снов — "сновидения припадков" — songes d'attaques. Это значительно более часто распространенное пароксизмальное расстройство встречается как в изолированном виде, так и при наличии различных, в частности, наступающих в бодрствующем состоянии припадков. Songes d'attaques — специфические сновидения. Они наглядны, во многих случаях сценоподобны, а если в них преобладают какие-нибудь детали, например, части тела, то последние всегда определяются с четкостью. Сновидения обычно отличаются яркостью: то это блеск, свечение, что-то слепящее, то окраска в различные, преимущественно в насыщенные цвета. Пожалуй, наиболее частым является красный и близкие к нему цвета: кровь, красные флаги, мясо, солнце, розовые облака или закат и т.д. В красный и иные цвета может быть окрашена вся картина сновидения; в других случаях цвет выступает локальным пятном: костер на берегу реки, черный человек или черные руки на фоне той или иной картины и т.д. Почти всегда сновидения сопровождаются резко выраженной тревогой, страхом, мучительно-тягостными переживаниями, для выражения которых больные часто не находят слов. В снах очень часто присутствует движение. Если двигается сам больной, то это обычно ощущение падений, провалов, полетов, приближений к краю чего-то угрожающего жизни, например, к краю пропасти. То это быстрые, то замедленные, но всегда неотвратимые (и в последнем случае, нередко более мучительно-страшные) ощущения передвижения. Если же движется окружающее (больной во сне в этот момент может в страхе бежать или

в ужасе застыть, не в силах пошевелиться), то обычно такое движение происходит по направлению к больному — за ним гонятся, на него обрушиваются стены, здания, наезжает транспорт и т.д. Нетрудно заметить сходство содержания songes d'attaques с содержанием зрительных галлюцинаций при психотическом варианте сумеречного помрачения сознания (см. Синдромы помрачения сознания).

Если больной просыпается, ощущение страха и истинности пережитого вначале не оставляет его. Обычно при пробуждении наблюдаются отчетливые или просто резко выраженные вегетативные расстройства — ощущение удушья, тахикардия, пот, головокружение. Пробуждение от сна может и не произойти. В любом случае содержание сна остается в его памяти, нередко в деталях и надолго. Эпилептические сны не являются частыми и могут иметь различное содержание. В ряде случаев эпилептический сон усложняется судорожным припадком, о котором у больного не сохраняется воспоминания. Последнее обстоятельство подтверждает высказанное еще в начале текущего столетия мнение, согласно которому эпилептические сны представляют собой ауру.

Бессудорожные формы пароксизмов, или "пароксизмальные психозы", у больных эпилепсией многие психиатры вслед за J.P.Falret'oM (1860) и Hoffmann'oM (1862) называют эпилептическими эквивалентами.* H.Gastaut (1975) считает термин "эпилептический эквивалент" анахронизмом. Психиатры, однако, продолжают его использовать. Это обусловливается тем обстоятельством, что в случаях проявления эпилепсии лишь в форме эквивалентов возникающие в последующем личностные изменения ничем не отличаются от тех, которые возникают и в случаях эпилепсии, проявляющейся судорожными пароксизмами.

Вторично-генерализованные припадки — большие (тонико-клонические) эпилептические припадки, которые развиваются вслед за аурой. Аура может быть психической (иллюзорной, галлюцинаторной) или двигательной, например в форме жевательно-глотательных движений. Часто генерализация припадка наступает настолько быстро, что фокальное начало (аура) может не быть определено клинически. Дифференциальный диагноз вторичного генерализованного припадка с припадком первично генерализованным проводится в этих случаях на основании результатов электрофизиологического обследования. Последнее при вторично генерализованных припадках нередко выявляет очаги локального поражения в центральной, височной, височно-лобной, теменной или затылочной зонах коры головного мозга.

* Психический эпилептический эквивалент (эпилептический эквивалент) — кратковременное психическое расстройство в виде дисфории, помрачения сознания, преходящих психозов (бредовых, ступорозных) или импульсивных влечений, замещающее эпилептический припадок. Энциклопедический словарь медицинских терминов. Т.3, 1984, с. 388.

ГЕМИКОНВУЛЬСИВНЫЕ ПРИПАДКИ — пароксизмы миоклонических судорог одной половины тела, сопровождающиеся отключением сознания и вегетативными расстройствами. Могут возникать в форме эпилептического статуса, оставляя после себя симптомы гемипареза. Наблюдаются в раннем детстве. В одних случаях припадки исчезают, в других сменяются двигательными пароксизмами, преимущественно джексоновскоготипа.

Перечисленные припадки составляют сравнительно небольшую часть того, что к настоящему времени описано в специальной литературе. Наиболее полные сведения, касающиеся психопатологии припадков, встречающихся при них электроэнцефалографических изменений и данных о их локализации в головном мозге среди публикаций на русском языке можно найти в терминологическом словаре по эпилепсии (1975).

ЭПИЛЕПТИФОРМНЫЙ СИНДРОМ. Возникает при экзогенно-органических поражениях головного мозга. Проявляется припадками (пароксизмами) сходными, а часто неотличимыми от тех, которые возникают при эпилепсии. Преобладающими при эпилептиформном синдроме являются фокальные припадки. Во многих случаях эпилептиформный синдром на всем своем протяжении исчерпывается только ими. Значительно реже возникают большие (тонико-клонические) судорожные припадки, и еще реже абсансы. Припадки могут быть редкими, частыми, возникать сериями и в форме эпилептического статуса. Фокальные припадки часто появляются первыми, а затем их могут сменить генерализованные припадки. В одних случаях фокальные припадки сопровождаются выраженным судорожным компонентом и утратой сознания, в других — судорожный компонент бывает минимальным. Отключение сознания отсутствует. В постприпадочном периоде при эпилептиформном синдроме с фокальными припадками часто возникают неврологические и психические расстройства: парезы, явления гипэстезии, сужение и выпадение полей зрения, симптомы моторной и сенсорной афазии, астенические расстройства, ухудшение памяти и интеллектуальных возможностей. Чем отчетливее такие расстройства и чем они продолжительнее, тем больше вероятность того, что основное заболевание имеет прогредиентное развитие. Пароксизмальные расстройства при эпилептиформном синдроме могут проявляться и лишь одними припадками с психопатологическими симптомами: состоянием дереализации и

деперсонализации, психическими аурами, сумеречными и сноподобными состояниями, дисфориями и т.д. Фокальные и генерализованные судорожные припадки могут сочетаться с припадками психическими. Так, у больного сначала возникают большие судорожные припадки с последующим оглушением, а затем оглушение сменяется сумеречным помрачением сознания. Обычно эпилептиформный синдром возникает при наличии симптомов, характеризующих психоорганический синдром. Его проявления могут быть легкими и преходящими или, напротив, выраженными и стойкими. В последнем случае и, в частности, тогда, когда развитие основного заболевания ведет к появлению отчетливых симптомов слабоумия, эпилептиформный синдром начинает редуцироваться или же припадки представляют лишь эпизодическое расстройство на протяжении всего, нередко многолетнего, течения болезни — старческое слабоумие, болезнь Альцгеймера, опухоли головного мозга. В других случаях прогредиентного развития основного заболевания, например, при сосудистых и травматических поражениях головного мозга, наблюдается учащение фокальных припадков, в ряде случаев полиморфных. Если проявления психоорганического синдрома незначительны или обратимы, эпилептиформный синдром редуцируется и может исчезнуть совсем. Изменения личности при эпилептиформном синдроме, существующем длительное время, обычно соответствуют тем, которые свойственны основному заболеванию. Длительное преобладание в клинической картине эпилептиформного синдрома, развившегося в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы, проявляющегося в первую очередь большими судорожными припадками, нередко сопровождается появлением личностных изменений, свойственных эпилептической болезни. Эпилептиформный синдром возникает при самых различных экзогенно-органических поражениях головного мозга: при острых и хронических инфекционных заболеваниях, токсикоманиях, последствиях черепно-мозговой травмы, опухолях и абсцессах головного мозга, атрофических и сосудистых процессах, аутоинтоксикациях (эклампсия) и др.

Синдромы органического поражения головного мозга

ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ— симптомокомплекс нарушений памяти, интеллекта и аффективности. Для большинства болезней, сопровождаемых этим синдромом, характерно наличие астении.

E.Bleuler (1916) ввел термин "органический симптомокомплекс", который, по его мнению, являлся синонимом амнестического синдрома. В последующем термин "органический симптомокомплекс" начал рассматриваться более широко и заменил существовавший в русской и немецкой психиатрии с конца XIX века термин "органические психические расстройства". К настоящему времени в отечественной и немецкой психиатрии получили распространение обозначения этого расстройства, предложенные M.B1еи1ег'ом — "органический психосиндром" (1955), "диффузный мозговой психосиндром" (1979). В английской психиатрии это расстройство обозначают как "хронический мозговой синдром", а в американской — "органический мозговой синдром". Термин, используемый американскими психиатрами, включает в себя также и расстройства, относящиеся к экзогенному типу реакции, в первую очередь делирий.

В зависимости от нозологической природы заболевания характеризующие психоорганический синдром нарушения сочетаются друг с другом в самых различных соотношениях. Так, при Корсаковском психозе, старческом слабоумии, болезни Альцгеймера доминируют расстройства памяти; при прогрессивном параличе и болезни Пика страдают в первую очередь различные стороны интеллекта; при опухолях мозга определенной локализации преобладают аффективные расстройства и т.д. M.B1еи1ег'ом предложена классификация форм психоорганического синдрома, исходящая из предпочтительного поражения той или иной психической функции. На самом деле избирательное поражение отдельных сторон психической деятельности является всегда относительным. Свойственные психоорганическому синдрому нарушения отличаются различной степенью выраженности. Если они легкие — говорят об органическом снижении уровня личности; если тяжелые — их определяют термином "органическая деменция".

Нарушения памяти при психоорганическом синдроме затрагивают в той или иной степени все три основные ее стороны: запоминание, ретенцию (способность удерживать воспринятое) и репродукцию (способность активизировать запасы памяти). В одних случаях преобладают дисмнестические расстройства, в других — амнестические, в первую очередь фиксационная и (или) прогрессирующая амнезия. Нарушения памяти, особенно в форме амнезий, нередко сопровождаются появлением образных воспоминаний событий прошлой жизни, а в ряде случаев и конфабуляций.

Психоорганический синдром сопровождается нарушением восприятия окружающего — снижением или даже невозможностью охватить какую-либо ситуацию целиком: больные улавливают в ней лишь частности. Ограничивается объем внимания, особенно пассивного — автоматической реакции на появившийся раздражитель. Нарушения памя-

ти, восприятия и внимания тесно связаны с ухудшением ориентировки — вначале в окружающем, а при утяжелении состояния — ив собственной личности.

Различные стороны интеллектуальной деятельности утрачиваются неравномерно. Пока здесь не обнаружено никакого другого правила, кроме того, что в первую очередь страдают более поздно приобретенные навыки, в то время как старые сохраняются долго и в них больные способны даже превосходить здоровых лиц. О нарушении интеллектуальной деятельности свидетельствуют снижение уровня суждений (способности понимать полученные сведения, взвешивать различные альтернативы и формировать четкий план действий) и умозаключений (установление отношений и взаимосвязей между отдельными объектами внешнего и внутреннего мира). Одним из самых ранних признаков снижения интеллекта является нарушение критических способностей в отношении самооценки и оценки окружающего.

Аффективные реакции неустойчивы, подчас меняются ежеминутно, бурно проявляются (недержание аффекта), но обычно непродолжительны и быстро гаснут. Смены аффекта происходят и спонтанно, и под влиянием внешних факторов, порой самых незначительных. В частности, аффект больного легко и многократно меняется в зависимости от тона, в котором с ним ведется беседа (аффективная индукция). Господствующий аффект легко подчиняет себе действия больных, а одновременное снижение уровня суждений и критики могут повлечь за собой совершение ими противоправных деяний. Ограничение круга интересов, невозможность осмысления сложных ситуаций, обеднение представлений, нарушение тонких эмоций (такт, чувство долга и т.п.), могут иметь следствием эмоциональное равнодушие больных к тому, что не имеет непосредственного отношения к господствующему у них в данный момент аффекту и их заинтересованности. Нарушенная аффективность и снижение критических способностей сочетаются то с повышенной внушаемостью, то с повышенным и даже не знающим меры упрямством, или же то и друго,е сосуществуют. Обычно темп психических процессов более или менее замедлен. Речь обеднена словами, часто сопровождается употреблением вспомогательных слов, словесных шаблонов. Легко застревают на одних и тех же представлениях, не могут сразу переключиться с одной мысли на другую, не способны в разговоре выделить главное, в связи с чем застревают на несущественных деталях. Часто встречаются различных степеней дизартрия и персеверации.

Астенические расстройства выражены слабо или же отсутствуют совсем лишь при атрофических процессах: болезнь Пика, хорея Гентингтона, старческое слабоумие, болезнь Альцгеймера. При всех остальных заболеваниях, сопровождаемых развитием психоорганического синдрома, астения — постоянное расстройство. В одних случаях преобладают симптомы повышенной истощаемое™, вплоть до адинамии (сосудистые поражения центральной нервной системы, некоторые эндокринные заболевания); в других наблюдается повышенная раздражительность с эксплозивностью или злобой (последствия черепно-мозговых травм, сифилис сосудов головного мозга). Свойственная астении утомляемость всегда способствует колебаниям интенсивности проявлений психоорганического синдрома, которые усиливаются при нарастании астении.

В начальных стадиях развития психоорганического синдрома и в тех случаях, когда его проявления выражены слабо, чаще происходит заострение присущих больному характерологических черт, в частности, появляются психопатоподобные нарушения. При выраженном психоорганическом синдроме происходит нивелировка личностных особенностей — вплоть до полного их исчезновения. При некоторых заболеваниях (прогрессивный паралич, болезнь Пика) нивелировка личности наблюдается уже с самого начала заболевания, свидетельствуя тем самым о его тяжести.

Психоорганический синдром часто сопровождают головные боли, ощущение давления в голове, головокружение, плохая переносимость жары, перепадов атмосферного давления; его могут сопровождать разнообразные неврологические симптомы.

Для значительного числа больных с психоорганическим синдромом характерна "нажитая", зависящая от происходящих в головном мозге органических изменений, симптоматическая лабильность — возникновение экзогенных типов реакции под влиянием интеркуррентных заболеваний и различных интоксикаций, а в ряде случаев и терапии, в том числе психотропными средствами. Чаще других, обычно в ночное время, возникает делирий, реже — сумеречное помрачение сознания. Симптоматическая лабильность возрастает параллельно усилению тяжести психоорганического синдрома. Поэтому американские психиатры и включают в структуру выделяемого ими органического мозгового синдрома и экзогенные типы реакций.

Многие больные с легкими проявлениями психоорганического синдрома склонны к психогенным реакциям. Их наиболее частой формой являются субдепрессивные состояния. Неглубокие проявления психоорга-

нического синдрома, в том числе наблюдаемые в инициальных периодах заболевания, могут сопровождаться развитием продуктивных психопатологических расстройств: аффективных — маниакальных и депрессивных; бредовых — паранойяльных, параноидных, парафренных; галлюцинаторных — в форме галлюцинозов, чаще всего вербальных, реже тактильных и зрительных. В подобных случаях говорят о возникновении эндоформных психозов. Их продолжительность колеблется от дней и месяцев до многих лет. По мере прогрессирования психоорганического синдрома возможность появления таких психозов уменьшается, а уже развившиеся и принявшие затяжное течение эндоформные психозы подвергаются упрощению и в конце концов исчезают.

Выделяют острый и хронический психоорганические синдромы. Острый возникает внезапно, нередко вслед за экзогенным типом реакции, продолжается дни и недели, редко дольше. Он может быть единственным эпизодом в жизни больного, сменяясь восстановлением психического здоровья, но может принять рецидивирующее течение с последующим переходом в хронический психоорганический синдром.

Хронический психоорганический синдром начинается обычно исподволь и малозаметно. Его течение различно: прогрессирующее с исходом в деменцию (болезнь Пика, хорея Гентингтона, старческое слабоумие), приближающееся к стационарному (последствия черепно-мозговых травм, энцефалиты), с длительными ремиссиями, возникающими, например, в результате лечения (прогрессивный паралич, опухоли головного мозга).

Психоорганический синдром возникает обычно при диффузном поражении мозговой ткани. В связи с этим M.Bleuler определяет его и как "диффузный мозговой психосиндром". Вместе с тем несомненно, что у многих больных диффузные нарушения мозговой ткани могут сочетаться с локальными, например, при поражениях межуточного мозга, стволовых отделов мозга и т.д. В этих случаях симптоматология психоорганического синдрома усложняется такими расстройствами, как резкое повышение или, напротив, снижение побуждений, влечений, аффектов, сопровождаемых определенными формами поведения. Учитывая в первую очередь эти, связанные с локальным поражением мозга, психические расстройства и нередко достаточную сохранность у таких больных интеллектуально-мнестических функций, M.Bleuler выделяет "локальный мозговой психосиндром", противопоставляя его диффузному психоорганическому синдрому. А.В.Снежневский (1983) отрицает самостоятельность локального мозгового психосиндрома.

Причины развития психоорганического синдрома многообразны: сосудистые заболевания головного мозга, черепно-мозговая травма, интоксикации (алкоголь, наркотические средства, свинец и другие тяжелые металлы, угарный газ), энцефалиты, хронические нарушения обмена, сифилитические заболевания центральной нервной системы, опухоли и абсцессы головного мозга, атрофические процессы предстарческого и старческого возраста, а также эпилепсия и все болезни, сопровождаемые эпилептиформным синдромом.

Большое значение в формировании психоорганического синдрома принадлежит возрастному фактору. Наиболее выраженные картины психоорганического синдрома встречаются во вторую половину жизни, особенно в старости.

Диагноз психоорганического синдрома очень труден в инициальном периоде хронического развития болезни, при возникновении на его фоне эндоформных психозов и у лиц пожилого возраста в связи с тем, что психические изменения при старении нередко практически неотличимы от начальных проявлений психоорганического синдрома. Чаще всего психоорганический синдром приходится дифференцировать с депрессивными состояниями. Идеаторная заторможенность и постоянные жалобы больных с депрессиями на снижение памяти и интеллектуальную несостоятельность приводят к неправильной оценке их психического состояния. Чем старше человек, тем подобные ошибочные оценки встречаются чаще.

СИНДРОМ КОРСАКОВА (амнестический синдром) — сочетание фиксационной амнезии (расстройства памяти на настоящее), дезориентировки в месте, времени, окружающем и конфабуляций. Описан впервые С.С.Корсаковым в 1887г. в докторской диссертации "Об алкогольном параличе". Корсаковский синдром представляет собой своего рода идеальный тип психоорганического синдрома. Поэтому E.Bleuler (1916) отождествлял оба эти синдрома. По механизму развития Корсаковский синдром чаще всего представляет собой один из переходных синдромов Викка.

Расстройства памяти при Корсаковском синдроме касаются прежде всего запоминания текущих и недавних событий. Больной почти тотчас забывает получаемые впечатления. Время, в течение которого они сглаживаются, может исчисляться секундами. Больной тотчас забывает не только имя, но и внешность лица, с которым ему пришлось разговаривать, и поэтому он многократно здоровается с одним и тем же человеком, а на вопросы последнего, почему он так делает, если они сегодня уже виделись, больной всякий раз отвечает, что видит данное лицо в первый

раз. Больной не знает, что он ел сегодня и ел ли вообще, пересказывает одни и те же истории, не помнит, сколько времени он болен и как давно находится в больнице. Беседуя с врачом, больной часто повторяет одни и те же вопросы и просит советов, которые он уже неоднократно получал; при чтении больной по многу раз перечитывает одно и то же, всякий раз как нечто для него новое и т.д. В наибольшей мере страдает словесная память. В то же время аффективная память (память на события, связанные с неприятными для больного переживаниями) страдает в меньшей степени. Постоянно выпадают из памяти события, непосредственно предшествующие заболеванию,т.е. наблюдается симптом ретроградной амнезии, которая захватывает отрезки времени, исчисляемые днями—месяцами, в ряде случаев эта амнезия распространяется и на большие сроки. В целом же память на события прошлой жизни может быть сохранена удовлетворительно.

Расстройства ориентировки, часто называемые амнестической дезориентировкой, выражены в различной степени. Больше всего нарушается ориентировка во времени. Больной часто не в состоянии назвать не только число, день недели и месяц, но и время года, а также текущий год. Значительно страдает ориентировка в месте, в том числе пространственная ориентировка. Поэтому больной не в состоянии разобраться в помещениях отделения, в частности, не знает, где находится его кровать, туалет и т.д. Многие больные не в состоянии сказать, какие люди их окружают, а в некоторых случаях называют незнакомых лиц именами своих знакомых.

Конфабуляции возникают обычно при соответствующих вопросах, а не спонтанно. Их содержание касается преимущественно прошлых событий обыденной жизни или ситуаций, связанных с профессиональной деятельностью. В этих случаях говорят о замещающих (мнемонических) конфабуляциях. Специально задаваемыми вопросами можно изменять содержание конфабуляторных высказываний. Данное обстоятельство свидетельствует о повышенной внушаемости больных. Значительно реже встречаются конфабуляции фантастического содержания. Параллелизма между степенью расстройства памяти и выраженностью конфабуляции обычно не существует. На интенсивность конфабуляции большое влияние оказывает возрастной фактор. У детей конфабуляции либо отсутствуют, либо выражены слабо. В позднем возрасте конфабуляции являются обычно правилом и часто множественны, проявляясь у отдельных больных в форме конфабулеза.

Больным с Корсаковским синдромом всегда свойственна та или иная степень интеллектуального снижения, в том числе и снижение критического отношения к своему состоянию. Вместе с тем многие знания и навыки прошлого сохраняются у них вполне удовлетворительно. Например, больные сохраняют профессиональные знания, способны хорошо играть в сложные карточные игры, в шахматы, решать различные задачи, логически правильно рассуждать о вопросах, связанных с их прежним опытом и знаниями. Достаточно сохраняется прежний строй личности больных. У большинства, несмотря на снижение критики, всегда существует сознание болезни, в первую очередь касающееся расстройства памяти. Многие больные с помощью разных уловок стремятся скрыть свой мнестический дефект.

У больных с Корсаковским синдромом всегда снижается уровень побуждений и активности. Постоянно можно выявить психическую и физическую утомляемость. Эти расстройства в большей степени выражены у лиц пожилого возраста. Лица молодого и среднего возраста обычно живее и активнее. Возрастной фактор сказывается и на преобладающем аффекте. У пожилых больных он чаще снижен, временами сопровождается тревожными опасениями, ипохондрическими высказываниями; у лиц молодого и среднего возраста чаще наблюдается эйфория или эйфория, сменяющаяся раздражительностью.

В большей части случаев Корсаковский синдром возникает остро, вслед за состояниями помрачения сознания, чаще всего вслед за делириями, обычно тяжелыми. Значительно реже Корсаковский синдром возникает вслед за оглушением и сумеречным помрачением сознания. При обратном развитии делирия появлению Корсаковского синдрома в ряде случаев предшествует этап конфабуляторной спутанности. В этом состоянии больные дезориентированы или ложно ориентированы в месте, времени и окружающем. У них наблюдается та или иная степень бессвязности мышления, обильные конфабуляции, ложные узнавания; у многих в соответствии с содержанием конфабуляторных высказываний существует стремление к деятельности, сопровождаемое нередко оживленной мимикой и гиперэкспрессивными движениями. По сравнению с состояниями помрачения сознания, при конфабуляторной спутанности конкретные бытовые предметы больными воспринимаются правильно. Отсутствует иллюзорное восприятие окружающего, нет зрительных галлюцинаций. Остро развивающийся Корсаковский синдром в последующем сохраняется различные периоды времени. Он может быть транзиторным, продолжаясь дни или недели, может существовать месяцами и

годами, подвергаясь обычно медленному обратному развитию; в ряде случаев он остается неизменным на протяжении неопределенно долгих периодов времени. В последнем случае наблюдается присоединение дополнительных вредностей — сосудистого процесса, черепно-мозговой травмы, употребления алкоголя и т.п.

Много реже, главным образом во вторую половину жизни и прежде всего в старости, Корсаковский синдром развивается постепенно и без предшествующего периода помрачения сознания. В этих случаях ему всегда сопутствует прогрессирующий распад памяти, обусловленный в первую очередь сенильно-атрофическим процессом, реже церебральным атеросклерозом или хроническими интоксикациями (алкоголь и др.). Наибольшей интенсивности в старости Корсаковский синдром достигает при хронической пресбиофрении Вернике. Во всех случаях постепенного развития Корсаковского синдрома ему сопутствует углубляющееся в различном темпе слабоумие.

Корсаковский синдром наблюдается при различных интоксикациях (в первую очередь при алкоголизме), после черепно-мозговой травмы, при опухолях мозга и инфекционных заболеваниях, после острой гипоксии (отравление угарным газом, повешение и т.п.), при сенильно-атрофических и сосудистых процессах.

ПСЕВДОПАРАЛИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ —возникающее при различных соматически обусловленных психических болезнях сочетание психических и неврологических расстройств, характерных для прогрессивного паралича; один из наиболее тяжелых переходных синдромов Викка. Псевдопаралитический синдром так же, как и синдром Корсакова, является особым типом психоорганического синдрома.

Психические расстройства при псевдопаралитическом синдроме проявляются резким снижением или полным отсутствием критики по отношению к самому себе и окружающим, глубоким нарушением уровня суждений, мнестическими расстройствами, преимущественно на события настоящего и недавнего прошлого, ухудшением внимания. Обычно больные повышенно внушаемы. Их аффект определяется тупой эйфорией, раздражительностью, в ряде случаев резко выраженной аффективной инконтитенцией ("недержание аффекта"). Аффекты то часто и неожиданно сменяют друг друга, то подолгу сохраняются в одной неизменной форме. Влечения повышаются. Особенно это касается аппетита, достигающего степени булимии. Больные неряшливы, не следят за своим внешним видом. Могут наблюдаться элементы регресса поведения — едят руками, подбирают объедки, ложатся одетыми на кровать, не спрашивая берут еду и вещи у окружающих и т.п.

По клиническим проявлениям выделяют два основных варианта псевдопаралитического синдрома. При первом, напоминающем экспансивный паралич, у больных преобладает повышенно-беспечное настроение, идеи переоценки собственной личности, достигающие в ряде случаев степени бреда. Последний всегда носит экспансивный характер (богатство, высокое положение, знатное родство). Больные говорливы, смеются без повода, бесцеремонны в обращении с окружающими, склонны к неуместным шуткам, скабрезным выражениям. Они много двигаются, могут проявлять бестолковую деловитость. При втором варианте псевдопаралитического синдрома клиническая картина напоминает дементную форму прогрессивного паралича (тупая эйфория, вялость, бездеятельность).

Неврологические расстройства проявляются дизартрией, анизокорией, вялой реакцией зрачков на свет, миозом, симптомом Гуддена (миоз, анизокория, ослабление реакции на свет, вплоть до ее полного исчезновения, нарушения конвергенции), асимметрией иннервации лицевого нерва, симптомом Ромберга, анизорефлексией, повышением или, напротив, снижением сухожильных рефлексов.

По особенностям развития псевдопаралитический синдром чаще представляет собой острое преходящее расстройство. Значительно реже наблюдается его хроническое развитие. В первом случае псевдопаралитический синдром обычно развивается вслед за состояниями помраченного сознания (тяжелый делирий, оглушение) и представляет один из наиболее тяжелых переходных синдромов Викка, сменяющийся позже более легкими переходными синдромами. В этих случаях спустя различные промежутки времени может наступить достаточно полное выздоровление. Подобные случаи псевдопаралитического синдрома так же, как и Корсаковского, относят в настоящее время к группе так называемых о б р а т и м ы х   д е м е н ц и й. Значительно реже встречается псевдопаралитический синдром с хроническим развитием, заканчивающийся психическим и физическим маразмом.

Не зная анамнеза, по особенностям только одной клинической картины, разграничить острую форму псевдопаралитического синдрома от хронической бывает трудно. В пользу острого псевдопаралитического синдрома свидетельствуют: отдельные признаки, говорящие о сохранности "ядра личности"; изменчивость клинической картины, проявляющаяся то появлением, то исчезновением на протяжении коротких отрезков времени различных психических расстройств (своего рода "мерцание симптомов"), возникновение в ночное время эпизодов измененного

сознания. При хроническом псевдопаралитическом синдроме всегда отмечается распад "ядра личности", а клиническая картина однообразна и лишена оттенков. Псевдопаралитический синдром возникает в течении психозов самой различной этиологии: интоксикационных, острых и хронических инфекционных, после черепно-мозговых травм и при соматических заболеваниях, опухолях мозга, сосудистых поражениях мозга (в том числе и сифилитических — сифилитический псевдопаралич), при атрофических процессах в мозгу. В настоящее время наиболее часто встречается алкогольный псевдопаралич (преимущественно острый) и псевдопаралич травматического генеза. Хронический псевдопаралитический синдром наиболее часто встречается при опухолях мозга и болезни Пика.

ЛОБНЫЙ СИНДРОМ — сочетание признаков, свойственных глобарному слабоумию, с аспонтанностью или, напротив, с общей расторможенностью; один из типов психоорганического синдрома.

Аспонтанность сопровождается резким снижением или полной утратой побуждений, адинамией, молчаливостью и выраженным обеднением экспрессивной речи (фронтальная акинезия), потерей интереса к окружающему, равнодушием. При расторможенности повышено настроение, наблюдается беспечность, в ряде случаев дурашливость со склонностью к неуместным шуткам и поступкам, напоминающим детские проказы (мория), часто усилены низшие влечения. В обоих состояниях, особенно сопровождаемых расторможенностью, резко снижаются или совершенно утрачиваются критические способности. Всегда наблюдается грубая нивелировка личностных черт. Лобный синдром может быть транзиторным, сменяясь через различные промежутки времени более легкими картинами психоорганического синдрома (черепно-мозговые травмы, изредка некоторые формы алкогольных энцефалопатий), и хроническим, с прогрессирующим развитием (болезнь Пика, опухоли лобных долей головного мозга).

НЕГАТИВНЫЕ (ДЕФИЦИТАРНЫЕ) ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Определения термина "негативные синдромы" в психиатрии нет. Постоянным признаком негативных расстройств являются личностные изменения. Эти расстройства отражают ту сторону патогенеза психической болезни, которая свидетельствует о существовании и качестве "полома" защитных механизмов организма.

Негативные психические расстройства так же, как и позитивные, отражают:

1) существующий в данное время уровень нарушений психической деятельности, и таким образом с достаточной долей определенности позволяют судить о тяжести психической болезни;

2) нозологическую принадлежность заболевания;

3) тенденции развития и, следовательно, прогноз болезни, особенно в тех случаях, когда имеется возможность динамического наблюдения. При прогредиентно развивающихся психических болезнях первоначальное видоизменение части негативных расстройств, например, характерологических изменений, до определенного периода может происходить в сторону их усложнения. Составляя единое целое с позитивными синдромами, негативные синдромы также могут быть распределены по степени их выраженности, образуя шкалу негативных синдромов. Выдвинуто положение, согласно которому существуют определенные соотношения между уровнями позитивных и негативных расстройств, с одной стороны, и нозологическими формами,психических болезней — с другой (А.В.Снежневский, 1970).

Наиболее легким негативным расстройством считается истощаемость психической деятельности — ее астенизация. Можно сделать предположение, что существует еще более легкое, чем астенизация, негативное психическое расстройство — реактивная лабильность. Она проявляется в форме дистимических (преимущественно субдепрессивных) и астенических эпизодов и всегда связана с воздействием психогенных или соматогенных факторов, которые в обычной жизни таких реакций не вызывают.

Реактивная лабильность

Этот синдром наблюдается у лиц, склонных и до начала психической болезни реагировать изменением настроения или астенией на приходящие психогенные и соматогенные воздействия. После начала болезни здесь обычно происходит лишь заострение существовавшего ранее личностного радикала. Однако симптомы реактивной лабильности после перенесенной болезни нередко возникают и у лиц без соответствующей предиспозиции— своего рода "нажитая реактивная лабильность". Обычно больные говорят о существующих у них дистимических и астенических расстройствах, в первую очередь о субдепрессивных эпизодах, в самых общих чертах, определяя их как "волнение", "переживание", "нетерпение", "опасение", "сомнение" и т.д., и не рас-

ценивают подобные расстройства как болезненные. Однако они всегда замечают их существование, т.е. подобные нарушения постоянно сопровождаются психическим дискомфортом.

О наличии реактивных субдепрессивных эпизодов чаще всего можно узнать, используя контекст всей беседы с больным (как это часто случается при распознавании маскированных депрессий), а не с помощью прямо поставленных вопросов, затрагивающих настроение. У многих больных с реактивными субдепрессивными эпизодами удается обнаружить сходные формы поведения в ответ на психотравмирующий фактор: они начинают искать для себя какое-либо занятие, и в процессе работы их настроение выравнивается.

Эпизоды реактивной гипомании лучше всего заметны при общении больных с другими людьми. До этого молчаливый и не привлекающий к себе внимания человек оживляется: его мимика и движения становятся экспрессивными, речь убыстряется, он овладевает инициативой в разговоре и т.д. Это — не психическая индукция, так как обычно собеседник содержанием своего разговора и его формой не дает к тому повода. Прекращение разговора обычно быстро влечет за собой исчезновение состояния легкого идеомоторного возбуждения, и в ряде случаев такие люди начинают выглядеть депримированными. Обычно реактивно возникающее гипоманиакальное состояние лишено веселого настроения. В нем преобладает взбудораженность.

Реактивная лабильность в форме астенических нарушений проявляется эпизодами раздражительности или раздражительной слабости. Дистимические реакции, особенно субдепрессивные, как будто преобладают по частоте над астеническими.

Астенизация психической деятельности (астенический личностный сдвиг)

Это расстройство представляет более глубокую степень дефицитарных нарушений. Оно достаточно постоянно. Внешние факторы (психические и физические) лишь увеличивают его интенсивность. Нередко усиление астенизации происходит аутохтонно. Если реактивная лабильность не оказывает продолжительного и значительного влияния на внешние проявления поведения, деятельность и вообще образ жизни больного, то при астенизации все эти стороны обычно изменяются в такой мере, что мешают приспособлению и становятся заметными окружающим. Астенический личностный сдвиг определяется в целом теми же психическими расстройствами, что и астения. В отличие от последней при

нем далеко не всегда наблюдаются вегетативные симптомы, но почти постоянны нарушения ночного сна.

Стенический тип личностных изменений

Этот тип является близким по степени глубины к астеническому, но противоположным по своим проявлениям. Здесь преобладает повышенная, часто не знающая утомляемости работоспособность в самых различных областях человеческой деятельности, предприимчивость, уверенность в себе, оптимизм, настойчивость в исполнении своих желаний, малая чувствительность к отрицательным событиям текущей жизни. Стенический компонент может значительно не меняться даже в тех случаях, когда его сопровождают явления неглубокой циркулярности в форме периодических субдепрессий. Стеничность как бы "пробивается" через субдепрессивный фон. На определенную близость астенического и стенического личностных сдвигов может указывать такой факт: стенический сдвиг может возникать после болезни у личности с преобладанием астенических особенностей характера и, наоборот, у стеничной до болезни личности после ее начала возникают выраженные астенические черты.

Перечисленные дефицитарные расстройства в значительной степени парциальны. Их можно отнести к наиболее легким проявлениям дисгармонии личности.

Психопатоподобный личностный сдвиг

Изменения личности характеризуются тем, что им подвергаются самые различные черты характера. На их выраженность и сходство с конституциональными психопатиями оказывают влияние сочетание таких факторов, как раннее начало болезни, ее вялое (например, при шизофрении) или регредиентное (у лиц, перенесших черепно-мозговую травму) развитие, наличие у заболевшего психопатической предиспозиции и психического инфантилизма. В случаях эндогенного процесса психопатизация отличается большей выраженностью и разнообразием (мозаичностью) проявлений; при органических заболеваниях головного мозга — большей простотой и односторонностью характерологического сдвига.

Особенности возникающих психопатоподобных изменений в отдельных случаях достаточно определенно помогают делать предположения о степени прогредиентности психической болезни. Так, если психопатоподобный личностный сдвиг определяется выраженными астеническими или истерическими чертами, то вне зависимости от нозологической принад-

лежности заболевания (шизофрения, черепно-мозговая травма, алкоголизм и т.д.) обычно речь идет о сравнительно доброкачественном, вялом болезненном процессе. Напротив, существование брутальности, выраженных садистических тенденций, паранойяльность и т.д. — свидетельство не только большей глубины поражения, но и большей вероятности последующего усложнения болезни. Однако это лишь отдельные факты. В противоположность достаточно полной разработке градации тяжести позитивных расстройств, градация тяжести личностных изменений существует пока еще в самом общем виде.

При дисгармонии личности могут наблюдаться расстройства, относящиеся и к более легким уровням личностных изменений —реактивно-лабильному и астеническому. Чем легче дисгармония личности, тем отчетливее проявления более легких уровней изменения личности. При выраженных психопатоподобных личностных сдвигах астенический компонент редуцируется или исчезает совсем, а реактивная лабильность начинает проявляться преимущественно эксплозивностью. Вместе с тем астенические изменения личности могут сочетаться с отчетливыми психопатоподобными изменениями.

Снижение энергетического потенциала

Стойкое падение трудоспособности, продуктивности в работе, в первую очередь в тех ее областях, которые требуют приобретения новых знаний и творческого элемента, обозначают как снижение энергетического потенциала. Оно может в какой-то мере быть выявлено уже при астенических и дисгармонических личностных изменениях; оно становится отчетливым при тяжелых степенях дисгармонии личностных особенностей и при всех остальных, более глубоких уровнях негативных расстройств.

Снижение уровня и регресс личности

СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ЛИЧНОСТИ — сочетание нивелирования прежних личностных особенностей, в тбм числе и психопатоподобных, возникших за время болезни, со снижением энергетического потенциала. Могут наблюдаться нерезко выраженные расстройства памяти в форме дисмнезии, т.е. такой формы мнестических расстройств, при которой снижаются запоминание, воспроизведение и запасы памяти.

РЕЕРЕСС ЛИЧНОСТИ — частичная или окончательная утрата прежних навыков и знаний со снижением или полным исчезновением критического отношения к своему состоянию. Сопровождается выраженным изменением поведения (бездеятельность — вплоть до аспонтанности или, напротив, бестолковая активность), расторможением низших влечений (собирание и накопление хлама, бродяжничество, сексуальные эксцессы и т.д.). Как и при предшествующем уровне дефицитарных расстройств, при соматически обусловленных психических болезнях могут наблюдаться дисмнестические нарушения памяти. Их глубина и частота возникновения увеличиваются.

Перечисленные формы негативных расстройств встречаются и при эндогенных, и при соматически обусловленных психических болезнях. Более глубокие формы негативных расстройств свойственны лишь последней группе.

Амнестические расстройства

Нарушения памяти в виде утраты способности сохранять и воспроизводить ранее приобретенные знания называют амнезией. Среди различных форм амнезий истинно дефицитарный и необратимый характер имеет только п р о г р е с с и р у ю щ а я   а м н е з и я. Ф и к с а ц и о н н а я   а м н е з и я обладает этими свойствами только в части случаев. Она проявляется расстройствами памяти на события настоящего и недавнего прошлого. Сохраняется память на более отдаленные события, а также память на приобретенные в прошлом знания. Классическим примером фиксационной амнезии является Корсаковский синдром. Прогрессирующая амнезия определяется постепенным распадом памяти, развивающимся в последовательности, обратной накоплению информации в течение жизни, т.е. от более поздно приобретенного к давно приобретенному (закон T.Ribot). Примером прогрессирующей амнезии является распад памяти при болезни Альцгеймера и старческом слабоумии.

К амнестическим расстройствам принадлежат так же и те конфабуляции, которые возникают на фоне прогрессирующей амнезии — замещающие и экмнестические конфабуляции.

З а м е щ а ю щ и е   (м н е м о н и ч е с к и е)   к о н ф а б у л я ц и и возникают при выраженных или тяжелых расстройствах памяти, например, при наличии фиксационной амнезии. Их содержание определяется вымышленными событиями бытового или профессионального характера.

Э к м н е с т и ч е с к и е   к о н ф а б у л я ц и и возникают на фоне выраженной прогрессирующей амнезии. Их содержанием являются вымышленные события, якобы происходившие с больным в детские и юношес-

кие годы. Экмнестические конфабуляции всегда сопровождаются сдвигом ситуации в прошлое ("жизнь в прошлом").

Наиболее глубокие изменения личности и нарушения психической деятельности наблюдаются при тотальном ослабоумии и его завершающем этапе— маразме.

Слабоумие (деменция)

Деменцией именуют глубокое обеднение всей психической деятельности, в первую очередь интеллекта, эмоционально-волевой сферы и индивидуальных личностных особенностей с одновременным ухудшением (вплоть до полной утраты) способности к приобретению новых знаний, их практическому использованию и приспособлению к окружающему.

Обеднение интеллектуальной деятельности проявляется частичной или полной неспособностью перерабатывать и систематизировать получаемые представления, образовывать понятия и суждения, делать выводы и умозаключения, приобретать новые знания. Использование прошлых знаний, прошлого опыта затрудняется или становится просто невозможным. Остаются сохранными в той или иной степени лишь отдельные привычные, ставшие шаблоном суждения и действия. Снижается уровень психической активности, и в том числе уровень побуждений. Постоянно в выраженной степени страдает критическое отношение к собственному состоянию и окружающему. Часто может отсутствовать полностью не только критика, но и сознание болезни. Эмоциональные реакции теряют свои оттенки, беднеют, грубеют и перестают соответствовать реальным обстоятельствам.

Нередко начинает преобладать какой-либо один, упрощенный, лишенный живости аффект — однообразная веселость и беззаботность или, напротив, уныние и плаксивость, угрюмая раздражительность или раздражительность, сопровождаемая злобой. Во многих случаях наступает глубокое эмоциональное опустошение, полное безразличие ко всему, в том числе и к собственной судьбе. У одних больных преобладает вялость, бездеятельность, безынициативность; у других — двигательная расторможенность в сочетании с однообразной и непродуктивной суетливостью. Влечения то снижаются, то, напротив, значительно повышаются. В последнем случае они обычно проявляются в таких формах, как:

1) прожорливость;
2) сбор и накопление всякого хлама;
3) бродяжничество;

4) в ряде случаев возникают пьянство и сексуальные эксцессы. Личностные изменения сопровождаются нивелировкой прежде свойственного больному характера, в связи с чем не представляется возможным сказать, каким человеком он был до того, как началась болезнь. Слабоумие с постоянством сопровождается ухудшением, а затем и утратой обыденных житейских навыков, таких как чистоплотность, возможность обслуживать себя, и как следствие — беспомощностью в быту.

При отдельных психических болезнях симптомы, характеризующие слабоумие, имеют различные количественные и качественные особенности. Их объединяет одно общее свойство — присущий всем им негативный характер.

Нечасто, но слабоумие может проявляться лишь одними негативными (дефицитарными) симптомами или симптомами выпадения. В подобных случаях говорят о простых формах слабоумия, например, простые формы паралитического, старческого, травматического и т.д. слабоумия. Значительно чаще, особенно в начальные периоды своего развития, слабоумие сочетается с самыми различными продуктивными расстройствами — аффективными, бредовыми, галлюцинаторными и т.д. — психотические формы слабоумия. Между выраженностью продуктивных расстройств и степенью слабоумия существуют определенные соотношения. Чем слабоумие легче, тем продуктивные расстройства массивнее и разнообразнее; чем слабоумие глубже — тем продуктивные расстройства беднее. При глубоком (тотальном) слабоумии продуктивные расстройства исчезают.

Определенное видоизменение позитивных расстройств, происходящее на протяжении болезни, с достаточной вероятностью позволяет делать выводы о том, что у больного начинает развиваться слабоумие. В наибольшей степени о развитии слабоумия свидетельствуют видоизменения бреда и аффекта. До настоящего времени остается нерешенным вопрос, появляется ли слабоумие с самого начала прогредиентно развивающихся психических болезней или же возникает на каком-то этапе процессуального заболевания. Существует точка зрения (А.В.Снежневский, 1983), что могут встретиться обе возможности.

Выделяют слабоумие врожденное — олигофреническое и слабоумие приобретенное.

Олигофреническое слабоумие обуславливается нарушением раннего онтогенеза. Это стационарное состояние. Углубление симптомов врожденного слабоумия происходит лишь под влиянием дополнитель-

ных причин (черепно-мозговая травма, сосудистые заболевания головного мозга, токсикомании и т.п.).

Приобретенное слабоумие возникает в случаях прогредиентно развивающихся психических болезней.

В своем развитии приобретенное слабоумие может отражать особенности развития болезни — возникать как бы толчками при течении болезни в форме приступов или же развиваться непрерывно в случаях хронического течения болезни. В тех случаях, когда слабоумие, раз возникнув, длительно не меняет своей глубины, его называют с т а ц и о н ар н ы м. В тех случаях, когда слабоумие неуклонно углубляется, его обозначают как п р о г р е с с и р у ю щ е е. Наиболее глубокая степень слабоумия, сопровождающаяся полным распадом психической деятельности, называется п с и х и ч е с к и м м а р а з м о м. Прогредиентность приобретенного слабоумия определяется не только одними особенностями патологического процесса. Важное значение имеет возраст больного к началу заболевания. Чем раньше возникает прогредиентное психическое заболевание, тем, нередко, темп развития слабоумия и его глубина больше. При позднем возникновении прогредиентно развивающихся болезней темп развития слабоумия и его глубина могут быть меньшими. Так, наиболее тяжелые дефектные состояния при шизофрении возникают при начале болезни до 20 лет. При начале шизофрении в раннем детском возрасте может развиться олигофреноподобный дефект. В то же время поздно манифестирующие шизофренические психозы могут сопровождаться лишь легкими изменениями личности психопатического уровня. Атрофические процессы предстарческого и старческого возраста (болезни Пика, Альцгеймера, старческое слабоумие) сопровождаются тем более глубоким и быстро развивающимся слабоумием, чем раньше они начинаются. При поздней манифестации этих болезней слабоумие нарастает медленно и длительно может быть лишено симптомов, свидетельствующих о глубоких его степенях.

Приобретенное слабоумие классифицируют на основе различных признаков. Так, например, О.В.Кербиков (1955) выделяет в нем о р г а н и ч е с к о е с л а б о у м и е, основу которого составляют определенные патологоанатомические изменения в головном мозге, и с л а б о у м и е ш и з о ф р е н и ч е с к о е (в е з а н и ч е с к о е по терминологии психиатров синдромологического направления), при котором патологоанатомические изменения незначительны и неспецифичны. Органическое слабоумие всегда сопровождается расстройствами памяти и очень часто — характерными неврологическими симптомами. При шизофреническом слабоумии расстройств памяти не бывает, а неврологические симптомы редки и неспецифичны.

Органическое слабоумие можно классифицировать по этиологическому и нозологическому принципу — слабоумие сосудистое, паралитическое, эпилептическое, травматическое, алкогольное и т.д. В других случаях используется принцип классификации, основанный на особенностях патоморфологических изменений или их локализации в головном мозге — сенильная и пресенильная деменции, возникающие при атрофических процессах, таламическая, псевдобульбарная деменции и т.п.

По особенностям клинических проявлений органическое слабоумие делят на тотальное и парциальное.

Тотальное слабоумие (глобарное, диффузное слабоумие) сопровождается глубокой нивелировкой личности с утратой так называемого "ядра личности", т.е. всех основных прежних индивидуальных черт, исчезновением критического отношения ко всему, преобладанием беспечного, безразличного или немотивированно злобного настроения, нередко расторможением низших влечений. Вместе с тем при глобарном слабоумии, начавшемся во вторую половину жизни, особенно в начальных стадиях, память и особенно прежние навыки и знания могут грубо не пострадать (болезнь Пика, прогрессивный паралич); у других больных длительное время сохраняются словарный запас, правильная речь, внешние формы поведения (старческое слабоумие, болезнь Альцгеймера). Паралитическое слабоумие было не только первым из описанных типов тотального слабоумия, но и представляло собой такой его тип, в котором существовали все свойственные этому слабоумию расстройства. Поэтому многие случаи органического слабоумия различной этиологии, имеющие признаки, характерные для слабоумия при прогрессивном параличе, называют обычно псевдопаралитическим, несмотря на то, что паралитическое слабоумие в настоящее время практически исчезло.

Парциальное слабоумие (слабоумие дисмнестическое, лакунарное) сопровождается той или иной сохранностью прежней индивидуальности. При нем всегда можно выявить сознание болезни; очень часто существует апелляция к врачу или окружающим. Преобладающий фон настроения пониженный или пониженно-слезливый. Нередко наблюдается "недержание аффекта" (аффективная инконтиненция) — возникновение непреодолимых аффективных реакций в форме плача, раздражения, гнева по незначительным поводам. Как правило, больные ориентированы в разной степени в собственной личности и окружающей обстановке. Темп психических процессов чаще замедлен. Парциальное

слабоумие развивается при поражении сосудов головного мозга (атеросклероз, гипертоническая болезнь, сифилис), после 4q)enHo-мозговых травм или тяжелых интоксикаций.

Шизофреническое (везаническое) слабоумие определяется в первую очередь эмоционально-волевыми расстройствами, в то время как интеллектуальные способности больных, а также запасы приобретенных ими в течение жизни знаний и навыков страдают лишь относительно или не страдают вовсе; утрачивается лишь возможность больных пользоваться ими. Поэтому многие психиатры предпочитают говорить о шизофреническом дефекте, а не о слабоумии.

Если сопоставить содержание термина "слабоумие" с описанием его клинической картины, то нетрудно заметить, что такое описание соответствует прежде всего приобретенному органическому слабоумию, лишь в незначительной мере отражает некоторые особенности врожденного слабоумия и почти не применимо к случаям шизофренического (везанического) слабоумия. Успехи терапии прогрессивного паралича, шизофрении, некоторых форм алкогольных энцефалопатий и др. показали, что критерий необратимости или малой обратимости, необходимый для выделения состояний слабоумия, часто является относительным. Не случайно появились такие термины, как "излечимое и обратимое" слабоумие. Все это требует пересмотра содержания термина "слабоумие", необходимо сделать его более гибким. "Терминология не должна служить препятствием для понимания новых фактов. Это, в частности, относится к термину "деменция", который, если судить по его теперешнему содержанию, плохо отражает существо дела" (P.Guiraud, 1956).

В приводимой ниже таблице (B.A.Sandock, 1975) перечислены потенциально устранимые причины различных видов деменций при органических поражениях головного мозга, т.е. дан перечень "излечимых, обратимых" деменций.

Общая причина	1*ипы расстройств
Неопластические заболевания	Опухоль мозга (лобная, внугрижелудочковая и т.д.)
Эндокринные заболевания	Щитовидная, паращитовидная, надпочечниковая дисфункция, гипогликемия
Другие обменные болезни	Печеночная, почечная, легочная недостаточность, гипонатриемия; синдром нарушенной антидиуретической гормональной секреции; болезнь Вильсона

Продолжение табл.

Общая причина	Типы расстройств
Экзогенные интоксикации	Лекарственные интоксикации (барбитураты, бромиды), отравления солями тяжелых металлов
Состояния недосга гочи ости	Гиповитаминоз В 1 2: Верник-Корсаковский синдром; пеллагра
Сосудистые заболевания	Последствия субарахн он дальнего кровоизлияния с гидроцефалией; последствия длительной артериальной, гипертонии
Посттравматические расстройства	Субдуральная гематома; сопутствующая гидроцефалия
Воспалительные заболевания	Прогрессивный паралич; абсцесс мозга: менингоэнцефалит; хронические юспадения (различные типы); поствоспалительный арахноидит с гидроцефалией
Смешанные причины	Гематологические нарушения (различные типы); рекуррентные заболевания; отдаленные последствия карцином; скрытая гидроцефалия

Маразм

В состоянии маразма наступает полный распад психической деятельности. Часто больные теряют навыки простейшего самообслуживания, не в состоянии самостоятельно передвигаться и поэтому прикованы к постели. Постоянно наблюдаются те или иные нарушения речи. Нередко речевые реакции проявляются в форме криков, стонов, всхлипываний, возникая или спонтанно, или в ответ на физические раздражители. Могут наблюдаться оральные и хватательные автоматизмы, насильственный смех и плач. Аппетит часто значительно повышен — вплоть до булимии. Постоянна неопрятность мочой и калом. При многих психических болезнях, в частности ослабоумливающих процессах позднего возраста, психический маразм наступает раньше физического маразма. В отличие от слабоумия — маразм всегда является необратимым состоянием.

БИБЛИОГРАФИЯ

История учения о синдромах

Кронфельъд А.С. Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии. Труды невропсихиатрического института им. П.Б.Ганнушкина, 1940, вып. 5, с. 5. Библ.

Снежневский А.В. О нозологической специфичности психопатологических синдромов. Журн. невропат, и психиатр.. I960, № 1, с. 91.

Штернберг Э.Я. К развитию и современному состоянию психиатрической синдромологии. Там же. 1974, вып. 11, с. 1723. Библ.

Ey H., Rouart J. Essai d'application des principes de Jacksona une conception dinamique de la neuro-psychiatrie. L'Encephale, Mai-juin-juillet-aout, 1936.

Kraepelin E. Die Erscheingsfonnen des Jrreseins. Zeit.f.d.ges. Neurol. u Psychiatrie. Bd. 62—63, 1920, s. 1.

Nodet Ch. Le groupe des psychoses hallucinatoires chronique. Paris, 1983, p. 113.

Невротические синдромы

БамдасБ.С. Астенические состояния. М.: Медгиз, 1961, 202с. Библ.

Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых. М.: Медицина, 1971, с. 222.

Ганнушкин П.Б. Избранные труды. М.: Медицина, 1964, с. 127.

Карвасарский Б.Д. Неврозы. Руководство для врачей. М.: Медицина, 1980, 448 с. Библ.

Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей. М.: Медицина, 1979, 607с. Библ.

Озерецковский Д.С. Навязчивые состояния. М.: Медгиз, 1950, 166с. Библ.

Суханов С.А. О галлюцинаторных навязчивых представлениях и навязчивых галлюцинациях. Русский врач, 1904, т. 45. с. 1503.

Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. М.: Медицина, 1978,400 с. Библ.

Фелинская Н.И. Реактивные состояния в судебно-психиатрической клинике. М.: Медицина, 1968, 292с, Библ.

ЖанеП. Неврозы. Перевод с франц. М., 1911,315с.

Психопатические синдромы

Витебская К. С. О гебоидном синдроме при шизофрении в пубертатном возрасте. Журн. невропат, и психиат., 1958, т. 58, № 7, с. 867.

Иванова Ф.И. Синдром "ухода в бродяжничество" в клинике пограничных состояний у подростков. Журн. невропат, и психиат., 1972, № 10, с. 1525.

Ковалев В.В. Гебоидный синдром. — В кн.: Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей. М.: Медицина, 1979, с. 77. Библ.

Пантелеева Г.П. О затяжных гебоидных состояниях при шизофрении. Журн. невропат, и психиатр., 1971, т. 71,№f, с. 125.

Попова А.Н., Шмаонова Л.М. Прогностическое значение гебоидного синдрома при шизофрении. Там же. 1969, т. 69, № 12, с. 1843.

Аффективные синдромы

Авербух Е. С. Депрессивные состояния. Л. Изд. Ленинградского ун-та, 1962, 193 с. Библ.

Бовин Р.Я., Аксенова И.О. Затяжные депрессивные состояния. Л.: Медицина, 1982, 188с. Библ.

"Депрессии". Вопросы клиники, психопатологии, терапии. Сб. докладов. Под ред. Э.Я.Штернберга и А.Б.Смулевича. Москва-Базель, 1970, 168с. Библ.

Ефименко В.Л. Депрессии в пожилом возрасте. Л.: Медицина, 1975, 184 с. Библ.

КаннабихЮ.В. Циклотимия, ее симптоматология и течение. М., 1914, 418с. Библ.

Каубиш В.К. О бреде отрицания и синдроме Котара. Журн. невропат, и психиатр, т. 64, № 6, с. 876. Библ.

ЛевинсонА.Я. Циркулярная шизофрения. Изд-во "Ирфон", Душанбе, 1968, 233с. Библ.

ЛукомскийИ.И. Маниакально-депрессивный психоз. М.: Медицина, 1968, 159с. Библ.

Нуллер Ю.Л. Депрессия и деперсонализация. Л.: Медицина, 1981,206 с. Библ.

Пападопулос Т.Ф. Острые эндогенные психозы. М.: Медицина, 1975, 191 с. Библ.

Тиганов А.С. Об особенностях течения циркулярной шизофрении и клинической структуры маниакальных приступов. Журн. невропат, и психиатр. 1966, т. 66, вып. 8, с. 1250. Библ.

Хвиливицкий Т.Я. Скрытые депрессии в клинике маниакально-депрессивного психоза. — В кн.: Депрессии и их лечение. Труды ин-та им. В.М.Бехтерева, 1973, т. 67, с. 18.

Штернберг Э.Я. Обзор иностранной литературы по маниакально-депрессивному психозу и другим аффективным психозам. Журн. невропат, и психиатр. 1960, т. 60, вып., с. 354. Библ.

Шуйский Н.Г. Меланхолические состояния позднего возраста с синдромом Котара. Журн. невропат, и психиатр, т. 62, вып. 10, с. 1536. Библ.

"Depressive Zustande". Herausgegeben von P.Kielholz. Сборник докладов. Bern, Stuttgart, Wien, 1972, 304 S. Bibl.

"La depression masquee". Edite par P.Kielholz. Сборник докладов. Bern, Stuttgart, Wienne, 1973, 303 p. Bibl.

Цеперсонализационно-дереализационный синдром

Воробьев В.Ю. Об одном из вариантов юношеской шизофрении, протекающей с преобладанием явлений деперсонализации. Журн. невропат, и психиатр. 1971, т. 71, вып. 8, с. 1224.

Гаркави Н.Л. Синдром отчуждения витальных чувств. — В кн.: Труды психиатр, клиники I ММИ. М., 1945, вып. 8, с. 382.

Меграбян А.А. Деперсонализация. Ереван. 1962, 355 с. Библ.

Мирельзон Л.А. О явлениях деперсонализации и дереализации при шизофрении. — В кн.: Вопросы расстройства мозгового кровообращения и шизофрения. М., 1957, с. 197.

Смулевич А.Б. Воробьев В.Ю. Деперсонализация. Журн. невропат, и психиатр. 1973, т. 73, вып. 8, с. 1242. Библ.

ЖанеП. Неврозы. Перевод с франц. М., 1911, 315с.

Растерянность

Беленькая Н.Я. О феномене растерянности. Журн. невропат, и психиатр. Вып. 9, 1966, с, 1369. Библ.

Беленькая Н.Я. О состоянии инициальной растерянности. Там же. Вып. 6, 1968, с. 876.

Беленькая Н.Я. О бредовой растерянности. Там же. Вып. 7, 1969, с. 1061.

Беленькая Н.Я. Загруженность и ее отношение к явлениям растерянности. Журн. невропат, и психиат. Вып. 5, 1970, с. 727.

Галлюцинаторно-бредовые синдромы

Биму С.Н., Малкин П.Ф. Клинические варианты галлюциноза. — В кн.: Проблемы психоневрологии. М., 1969, с. 263.

Боголепов А.К., Лужецкая Т.А. Синдром педункулярного галлюциноза у больных с нарушением кровообращения в ветвях основной и позвоночной артерии. — В кн.: Вопросы сосудистой патологии головного и спинного мозга. М., 1964, с. 165.

Бовин Р.Я. Комплексное клинико-экспериментальное исследование структуры паранойяльного и параноидного синдромов при шизофрении. — В кн.: Актуальные вопросы психофармакологии. Кемерово, 1970, с. 37.

Елгазина П.М. О клинических вариантах параноидной формы шизофрении. Журн. невропат, и психиатр. Вып. 4, 1958, с. 453.

Жислин С.Г. О галлюцинозах. Совр. невропат., психиатр, и психогиг., № 7, 1935,с.31.

Зальцман Г.И. О выделении острых бредовых синдромов. — В кн.: Вопросы психиатрии. Алма-Ата, вып. 1, 1968, с. 51.

Каменева Е.Н. Шизофрения. Клиника и механизмы шизофренического бреда. М., 1957, 194с. Библ.

Коган Я.М. О структуре парафренических заболеваний. Одесса. 1941.

Моефес СМ. К вопросу об алкогольной парафрении. Журн. невропат, и психиатр. Вып. 5, 1970, с. 740.

Никулина Т.Г. Зрительные галлюцинозы позднего возраста типа Шарля Бонне — типичная форма собственно возрастных функциональных психозов старости. — В кн.: Инволюционные психозы. М., 1979, с. 102.

Попов Ю.П. Конфабуляторно-парафренная симптоматика в старости. К вопросу о нозологическом месте инволюционной парафрении. — В кн.: Инволюционные психозы. М., 1979, с. 110.

Смулевич А.Б. Типология паранойяльных состояний у больных шизофренией. Журн. невропат, и психиатр. Вып. 3, 1967, с. 409.

Смулевич А. Б., ЩиринаМ.Г. Проблема паранойи. М.: Медицина, 1972, 182 с. Библ.

Шахматов Н.Ф., Галлюцинозы позднего возраста. Журн. невропат, и психиатр. Вып. 3, 1976, с. 401.

Штернберг Э.Я. Хронические галлюцинозы при органических мозговых заболеваниях. - В кн.: Вопросы психиатрии. М., 1960, вып. 4, с. 273.

Штернберг Э.Я. Зрительные галлюцинации у слепых. — В кн.: Вопросы клиники и терапии психических заболеваний. М., 1960, с. 100.

Шумский //./'. К клинике парафренной (фантастически-параноидной) шизофрении. Журн. невропат, и психиатр, вып. 4, 1958, е. 462. Библ.

Висе Р. Алкогольный галлюциноз. — В кн.: Клиническая психиатрия. Перев. с нем. — М.: Медицина, 1967, с. 188. Библ.

Синдром Кандинского-Клерамбо

Аккерман В.И. Синдром душевного автоматизма французской психиатрии. Журн. невропат, и психиатр., 1928, вып. 4, с. 184.

Воронцова Г.С. Об атипичных алкогольных психозах. Журн. невропат, и психиатр. 1959, вып. 6, с. 657.

Галкина А.И. К вопросу о синдроме Кандинского в рамках алкогольных психозов. — В кн.: Синдром психического автоматизма. М., 1969, с. 175.

Гулямов М.Г. Синдром психического автоматизма. Душанбе, АН Таджикской ССР, 1965, с. 206. Библ.

Гулямов М.Г. Диагностическое и прогностическое значение синдрома Кандинского. Душанбе., 1968, с. 270.

Костюнина С.З. Синдром Кандинского-Клерамбо и проявления, сходные с ним, в структуре острых психозов экзогенно-органической природы. — В кн.: Вопросы социальной и клинической психоневрологии. М., 1976, с. 36.

Муратова И.Д., Кислова Н.П. и др. Динамическое изучение атипичных алкогольных психозов. — В кн.: Вопросы клиники, систематики, патогенеза и терапии алкоголизма. Вологда: Северо-западное книжное издательство. 1972, с. 152.

Перельман А.А. К учению о симптомокомплексе Кандинского-Клерамбо. Журн. невропат, и психиатр., 1931, № 3, с. 44.

Полонская З.В. Особенности развития синдрома Кандинского при ревматизме мозга. --- В кн.: Синдром психического автоматизма. М., 1969, с. 170.

РохлинЛ.Л., Климушева Т.А. Самоописание синдрома Кандинского-Клерамбо больными параноидной шизофренией. — В кн.: Синдром психического автоматизма. М., 1969, с. 133.

Тощева Т.Е. Синдром психического автоматизма при экзогенных психозах. — В кн.: Синдром психического автоматизма. М., 1969, с. 164.

Хохлов Л.К. К психопатологии, клинике и нозологии синдрома Кандинского-Клерамбо. — В кн.: Синдром психического автоматизма. М., 1969, с. 19.

Шапкин Ю.А. Об одном варианте синдрома Кандинского-Клерамбо при алкогольных психозах. — В кн.: Вопросы клиники и современной терапии психических заболеваний. М., 1971, с. 428.

Шнейдер В.Г. К вопросу дифференциального диагноза онейроидного помрачения сознания при острых алкогольных психозах и приступообразной шизофрении. — В кн.: Патогенез и клиника алкогольных заболеваний. М.,МЗСССР, 1970, с. 292.

Штернберг Э.Я., Шуйский Н.Г. и др. Клинические и психопатологические материалы к диагностике психических заболеваний позднего возраста. — В кн.: Диагностика и классификация психических заболеваний позднего возраста. Л., 1970,-с. 109.

Синдром Катара

Дементьева Н.Ф. Ложные узнавания как компонент чувственного бреда. Журн. невропат, и психиатр. Т.73, вып. 3, 1973, с. 407. Библ.

Лаврецкая Э.Ф. О синдроме ложного узнавания при шизофрении. Там же, т. 70, вып. 4, 1970, с. 560. Библ.

Смирнов В.К. О психопатологиии узнавания при шизофрении. Там же. Т. 72, вып. 5, 1972, с. 721. Библ.

Шуйский Н.Г. Иллюзии ложного узнавания (иллюзии двойников, синдром Капгра) при параноидной шизофрении. Там же, т. 64, вып. 6, 1964, с. 883. Библ.

Синдромы двигательных расстройств

Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. М.: Медицина, 1965, с. 296.

Каплинский М.З. Клиника психомоторного возбуждения. Труды ин-та им. Ганнушкина, вып. 4, 1939, с. 109.

Ковалевский П.И. Эпилептический ступор. — В кн.: Эпилепсия. СПб, 1898, с. 154.

ЛунцД.Р. Психогенный ступор. Проблемы судебной психиатрии. М., 1938, с.

Морозов Г.В. Ступорозные состояния. М.: Медицина, 1968, с. Библ.

Остов В. П. Психическая эпилепсия. — В кн.: Руководство для врачей. М.-Л., 1931, с. 257. Библ.

Осипов В.П. Циклофрения. Там же, с. 7. Библ.

Пескова М.В., Носачев Г.Н. Психические заболевания с синдромом расторможенности. Труды Куйбышевского мед. ин-та. Т. 68, 1971, с. 150.

Снежневский А.В. К вопросу о классификации типов возбуждения. Труды ин-та им. П.Б.Ганнушкина, вып. 4, 1939, с. 117.

Снежневский А.В. Поздние симптоматические психозы. Труды ин-та им. П.Б.Ганнушкина. М., 1940, т. 5, с. 156. Библ.

Фаворина В.Н. О шизофреноподобных хронических эпилептических психозах. — Журн. невропат, и психиатр. 1968, вып. 11, с. 1656.

Фелинская Н.И. Психогенный ступор. — В кн.: Реактивные состояния в судебно-психиатрической клинике. М.: Медицина, 1968, с. 89. Библ.

Блеплер Э. Алкогольный ступор. — В кн.: Руководство по психиатрии. Пер. с нем. Берлин, 1920, с. 228.

Крафт-Эбиг Р.В. Эпилептическое состояние отупения (stupor epilepticus). — В кн.: Учебник психиатрии. Пер. с нем. СПб, 1897, с. 655.

Кататонический синдром

Акопова И.Л. Типология онейроидной кататонии. — Журн. невропат, и психиатр. Вып. 1 1 , 1 965, с. 1710. Библ.

Бернштепн А.Н. Клинические лекции о душевных болезнях. М., 1912, с. 47.

Брано М.Ш. Шизофрения у детей и подростков. М.; Медицина, 1971, 127с. Библ.

Глазов В.А. Шизофрения. М: Медицина, 1965, 226 с. Библ.

Кербиков О.В. Кататонические синдромы. — В кн.: Острая шизофрения. — М.: Медгиз, 1949, с. 90. Библ.

Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. Гос. изд-во, Берлин, 1923, с. 366. Библ.

Пивоварова В.Л. О вторичной кататонии. Труды Всесоюзной научно-практической конференции, посвящ. 100-летию со дня рождения С.С.Корсакова. М., 1955, с. 156.

Сербский В.П. Формы психического расстройства, описываемые под именем кататонии. М., 1890, 188 с. Библ.

Гебефренический синдром

Кербиков О.В. Гебефренный синдром. — В кн.: Острая шизофрения. М.: Медгиз, 1949, с. 81. Библ.

Ковалевский П.И. Эпилепсия. СПб, 1898, с. 163.

Ну тер Ю.Б. Синдром гебефренического возбуждения при разных формах и на разных этапах течения шизофрении. — В кн.: Шизофрения. М., 1968, с. 50.

Фаворина В.Н. О конечных состояниях гебефренической формы шизофрении. — Журн. невропат, и психиатр., вып. 4, 1964, с. 592.

Синдромы помрачения (расстройства) сознания

Вопросы клиники, патогенеза и судебно-психиатрической оценки психических заболеваний. Под ред. Г.В.Морозова. М., 1967, 95с.

Гисматулина Р.Y. К вопросу о течении эпилептических психозов. — В кн.: Актуальные проблемы эпилепсии. М., 1967, с. 36.

Гордова Т.Н. Отдаленный период закрытой черепно-мозговой травмы в судебно-психиатрическом аспекте. М., 1973, с. 69. Библ.

ГулямовМ.Г. Эпилептические психозы. Душанбе: "Инфон", 1971, 183с. Библ.

Розенштейн Л.М. К психопатологии и клинике делириозных аментивных состояний. Журн. невропат, и психиатр., 1923, т. 3, с. 163.

Семенов С.Ф. О психопатологической структуре сумеречных расстройств у больных эпилепсией. — В кн.: Актуальные проблемы эпилепсии. М., 1967, с. 20.

Фаворина В.Н. К клинике и психопатологии онейроидной кататонии. Журн. невропат, и психиатр., 1956, № 12, с. 942.

Юдин Т.И. Аменция и неврастения. — В кн.: Проблемы острых экзоген-j ных психических заболеваний. Харьков, 1935, с. 78.
Шуйский Н.Г. Особенности некоторых типов состояний помраченного) сознания при сосудистых заболеваниях в позднем возрасте. — В кн.: Проблемы организации психиатрической помощи клиники и эпидемиологии психических заболеваний, ч. 1,М, 1970, с. 11.

Delirium acutum

Ларичева Г.И. К клинике некоторых форм алкогольной энцефалопатии. — В сб.: Патогенез и клиника алкогольных заболеваний. М., 1970, с. 261.
Ромасенко В.А. Гипертоксическая шизофрения. М.: Медицина, 1967, 239 с. Библ.
Снежневский А.В. О злокачественной форме пресениальных психозов. — В.-; кн.: Труды Центрального института психиатрии Минздрава РСФСР. М., <; 1941, т. 2, с. 223.
:
Тиганов А.С. Фебрильная шизофрения. М.: Медицина, 1982, 128с. Библ.
Юдин Т.Н. Смертельные формы шизофрении. Сов. психоневрология, №4—5, 1939, с. 3.

Припадки

Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых. Изд. 2. М.: Медицина, 1984, с. 284. Библ.
Цавиденкова-Кулькова Е.Ф. Диэнцефальная эпилепсия. Медгиз, Ленинград, отделение, 1959, 289 с. Библ.
Марков Д.А., Гельман Т.М. Эпилепсии и их лечение. Изд. Академии наук БССР. Минск, 1954, 294 с. Библ.
Ремизова Е.С. Дифференцированное лечение больных эпилепсией. М.: Медицина, 1965, 238 с. Библ.
Цавиденков С.Н. Эпилепсия. — В кн.: Многотомное руководство по неврологии. Т.6, Л., 1960, с. 257—516.
Карлов В.А. Эпилептический статус. М.: Медицина, 1974, 176 с.
Попов Е.А. Психические припадки при эпилепсии. — В кн.: Многотомное руководство по неврологии. Т. 4. М., 1960, с. 411—424.
Пенфилд В., Джаспер Г. Эпилепсия и функциональная патология головного мозга человека. Пер. с англ. М., 1958. '

Эпилептиформный синдром

Абашев-Константиновский А.Л. Психопатология при опухолях головного мозга. М.: Медицина, 1973, 200 с. Библ.
Болдырев А.И. Эпилептические синдромы. М.: Медицина, 1976, 262с. Библ.
Гордова Т.Н. Отдаленный период закрытой черепно-мозговой травмы в судебно-психиатрическом аспекте. М.: Медицина, 1974, 190 с. Библ.

Калинер С.С. Психические нарушения при отдаленных последствиях черепно-мозговой травмы. 190с. Библ.
Шмарьян А.С. Мозговая патология и психиатрия. Т.I, М.: Медгиз, 1949, 351 с. Библ.

Психоорганический синдром

Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. М.: Медицина, т. 1, 1983, с. 54.
Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatric. 12. Aufl.umearb. von M.Bleuler. 1979, s. 193.
Lauter H. Psychosyndrom organisches. — В кн. Lexikon der Psychiatric, !973,s.418.
Sandock B.A. Organic brain syndrom. — В кн.: Comprehensive textbook of psychiatry, v. 1, 1975, p. 1060.
Sandock B.A. Organic mental disorders. — В кн.: Comprehensive textbook of psychiatry, v. 2, 1980, p. 1392.

Корсаковский синдром

Абрамович Г.Б. К психопатологии Корсаковского синдрома. Невропатология и психиатрия, т. 8, вып. 2-3, с. 80.
Банщиков В.М., Борзенков И.В. Корсаковский синдром. М., 1971, 221 с. Библ.
Бурно Е.И. Амнестический синдром при травмах мозга. — Сб. работ больницы им. Кащенко к 50-летнему юбилею. Проблемы психиатрии военного времени. 1945, с. 132.
Вильвовская Д. М. Об остаточных явлениях после отравления окисью углерода. — В сб. 1-й Московский медицинский институт. Психиатрическая клиника. Труды. М., 1949, т. 9, с. 399.
Цетенгоф Ф.Ф. Корсаковский амнестический синдром при некоторых заболеваниях. — В сб.: Труды Всесоюзной научно-практической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения С.С.Корсакова и актуальным вопросам психиатрии. М., 1955, с. 47.
Иванов Н.В. К вопросу о психопатологической структуре атипичных форм Корсаковского синдрома. Вопросы клинической психиатрии. Иркутск, 1948, с. 88.
Ковалев А.И. Об амнестическом симптомокомплексе после покушений на самоубийство через повешение с психогенной реакцией. Журнал невропат, и психиатр., 1929, т. 22, вып. 2.
Попов Е.А. К психопатологии Корсаковского синдрома. Журн. невропат, и психиатр., 1954, вып. 2.
РохлинЛ.Л. Корсаковский амнестический синдром при субарахноидальных кровоизлияниях у больных с травмой головного мозга. Тр. Института психиатрии Минздрава РСФСР. М., 1960, т. 23, вып. 3, с. 352.
Язгур Я.И. Корсаковский синдром при остром кислородном голодании головного мозга. — В кн.: Проблемы психиатрии. Л., 1967, с. 334.

17-587

Псевдопаралитический синдром

Абашев-Константиновский А.Л. Психопатология при опухолях головного мозга. М: Медицина, 1973, с. 18. Библ.

Посвянский П.Б. К учению о протрагированном экзогенно-органическом типе реакции (типе процесса), псевдопаралитический синдром. Журн. невропат, и психиатр. Т. 12, вып. 2, 1943, с. 10.

Посвянский П.Б. Псевдопаралитические синдромы при сосудистых поражениях мозга. Труды Научно-исслед. ин-та психиатрии МЗ РСФСР, т. 22, 1960, с. 201. Библ.

Симеон Т.П. Дифференциально-диагностические критерии для отграничения опухолей лобных долей от прогрессивного паралича и психозов обратного развития. — В кн.: 50 лет психиатрической клинике им. С.С.Корсакова I Моск. мед. ин-та, М., 1940, с. 247.

Штернберг Э.Я. Клиника деменций позднего возраста. Ленинградское отделение. Медицина, 1967, с. 124. Библ.

Лобный синдром

Вяземский Н.М. Значение местного поражения головного мозга в клинике и патогенезе психических расстройств. М., 1964, 240 с. Библ.

Гуревич М.О. Нервные и психические расстройства при закрытых травмах черепа. Изд. АМН СССР, 1948, с. 139. Библ.

Штернберг Э.Я. Клиника деменций пресенильного возраста. М.: Медицина, 1967, с. 124. Библ.

Негативные (дефицитарные) психопатологические синдромы

Авербух Е.С. Клинические варианты слабоумия. — В кн.: Нервные и психические нарушения при гипертонической болезни. Медгиз, Ленинградское отдел., 1959, с. 33. Библ.

Гордова Т.Н. К вопросу о травматической деменций. Труды психиатрической клиники им. С.С.Корсакова. Т.IX. М., 1949, с. 333.

Кербиков О.В. Лекции по психиатрии. М.: Медгиз, 1955, с. 99.

Кириченко Е.И., Леденев Б.А. Олигофрении (общие вопросы). — В кн.: Психиатрия детского возраста (Руководство для врачей). М.: Медицина, 1979, с. 424. Библ.

Мелехов Д.Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. М., 1963, 198 с. Библ.

Повицкая Р.С. Травматические и психические заболевания военного времени.— В кн.: Травматическое слабоумие. М., 1948, с. 115.

Фрейеров О.Е. Легкие степени олигофрении (дебильность). М.: Медицина, 1964, 224 с. Библ.

Штернберг Э.Я. Клиника деменций пресенильного возраста. Медицина; Ленинградское отделение, 1967, 247 с. Библ.

Штернберг Э.Я., Шуйский Н.Г. и др. Синдромы деменций. — В кн.: Диагностика и классификация заболеваний позднего возраста. Л., 1970, с. 128.

Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. М.: Медицина, 1977, 215с. Библ.

ГЛАВА III

ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Психосоматика — умозрительное течение в американской и западноевропейской медицине, возникшее на основе применения психоанализа к истолкованию и лечению "неврозов" органов и других болезней.*

Психосоматическая медицина (психосоматика) — раздел общей патологии, изучающий соматические расстройства и болезни, возникающие под влиянием или при участии эмоционального напряжения, в частности, психических воздействий, испытанных индивидуумом в прошлом или в настоящее время.

В более широком смысле термин "психосоматика" означает такой метод изучения и лечения больного человека, при котором учитываются не только биологические и психологические (психиатрические) аспекты его физического страдания, но и влияние на них различных социальных факторов. В связи с таким пониманием психосоматики высказывается точка зрения о том, что она представляет собой не просто раздел общей патологии, а является основной концепцией медицины, рассматривающей в единстве среду, соматическое и психическое.

Хотя термин "психосоматика" является новым, концепция, которую он отражает, так же стара, как и искусство врачевания. Гиппократ первым в своем учении о темпераментах сформулировал положение о единстве души и тела. Он высказал также мысль о том, что болезнь представляет собой особую реакцию индивидуума на условия его жизни в среде. В 1857 г. R.Wirchow повторил это положение утверждением, что болезни представляют собою лишь проявления жизненных процессов в измененных условиях. Как известно, в последующем он изменил эту свою формулировку болезни, создав концепцию клеточной патологии. В наше время И.В.Давыдовский обозначил болезни как формы адаптации человека. Для Гиппократа представление о больном человеке было важнее представления о диагнозе болезни. Противоположная точка зрения по-

* Энциклопедический словарь медицинских терминов. Т. 2. М., 1983, с. 393.

стулировала тезис о том, что болезни представляют собой поражение отдельных частей организма и что, в частности, причиной таких поражений является "внедрение" в организм чего-то постороннего. В душу может вторгнуться дьявол, в тело ~~- микроб. Эти две противостоящие точки зрения явились исходным пунктом всех медицинских концепций: одна — более человечная, другая — более "объективная"; одна стремилась к тому, чтобы выявить индивидуальные особенности больного человека; другая с помощью научных выводов стремилась определить диагноз болезни; с точки зрения одних — индивидуум болен; с точки зрения других — у индивидуума болезнь. В период научных открытий XIX века, в период главенства экспериментальной медицины, собравшей обширные этиологические факты, учение о болезнях возобладало над учением о больном человеке, а учение о патологических процессах — над учением о "почве", на которой эти процессы развертываются. В психиатрии иллюстрацией сказанному явилась концепция E.Kraepelin'a о раннем слабоумии и маниакально-депрессивном психозе.

Возврат к гиппократической точке зрения, в частности толчок к развитию психосоматической медицины, обозначился в конце XIX— начале XX вв. и был обусловлен достижениями в области нейрофизиологии и психиатрии.

С 1902 г. И.П.Павлов на основе созданного им учения об условных рефлексах подготовил базу для разработки учения о кортико-висцеральной патологии. Появляются работы W.Cannon'a (1923) о физиологическом отражении эмоций и их значении в этиологии болезней человека. W.Cannon показал, что при субъективных ощущениях и эмоциях, таких как боль, голод, страх, ярость, в действие приводятся не хаотические процессы, а организованные реакции с определенными программами, физиологию которых можно исследовать объективными методами. Исследования Cam us'a и Roussy показали связь гипоталамуса с эндокринно-вегетативной системой; H.Selye создал учение об адаптационном синдроме. Перечисленные и многие другие нейрофизиологические исследования способствовали получению важных фактов о связях нервной системы с самыми различными соматическими системами организма.

В психиатрии S.Freud (1893), I.Dejerine (1902,1911), P.Dubois (1912) показали возможность излечения соматических расстройств при неврозах с помощью психотерапии. Зарубежные психиатры, в первую очередь приверженцы психоанализа, считают, что именно S.Freud внес много ценных фактов в создание учения о психосоматической медицине. Его

исследования о конверсионном и актуальном неврозах* показали возможность проявления вовне болезненных расстройств не психическими, а соматическими симптомами. Модель конверсионного невроза S.Freud'a с незначительными модификациями существует за рубежом и в настоящее время. Предполагается, что вытесненный конфликт выражается различными физическими признаками. Наиболее часто конверсионные симптомы встречаются при истерическом характере, но они могут возникать при любом характерологическом складе. Если в период создания учения S.Freud'a наиболее частыми конверсионными расстройствами являлись двигательные—припадки, параличи, парезы, астазия-абазия, анэстезия, гиперестезия и т.д., то к настоящему времени конверсионные расстройства проявляются прежде всего в форме боли. Одновременно создается учение о ипохондрическом неврозе и неврозе органов. Наблюдавшиеся при них самые разнообразные патологические ощущения не могли быть объяснены наличием соматической патологии.

После первой мировой войны в немецкой психиатрии появляется прилагательное "психосоматический", которое позже распространяется в других странах, в первую очередь в США, для отграничения определенной группы болезней. Дальнейшим толчком к развитию психосоматической медицины послужила вторая мировая война в связи с теми психическими потрясениями, которые она за собой повлекла. В этот период появляются и первые руководства, посвященные психосоматической медицине, вышедшие в США — P.Alexander (1943), H.F.Dunbar (1943) и др..

I.M.Weies и G.Engel (1952) схематически выделяют три этапа в развитии концепций психосоматической медицины: в XIX веке считалось, что первично заболевают клетки организма, это влечет за собой поражение структуры органа, и на этой основе возникают функциональные нарушения; в начале XIX века господствовало убеждение о первоначальном развитии функциональных расстройств, приводящих к клеточной патологии с последующим нарушением структуры органов. Со времени утверждения в правах гражданства психосоматической медицины (середина XX века) возникает иная трактовка многих патологических состояний. Считается, что вначале появляются психические расстройства, они влекут за собой функциональные нару-

* Невроз конверсионный — истерический невроз, проявляющийся совокупностью двигательных (параличи, парезы и т.д.), сензорных (анестезия и т.д.) и вегетативных нарушений. Невроз актуальный — невроз, проявление которого существует лишь в период воздействия той или иной причины.

шения, которые могут со временем усложниться клеточной патологией, и как ее следствие — поражением структуры.

Три национальных школы внесли наибольший вклад в разработку проблемы психосоматической медицины: американская школа (F.Alexander, H.Dunbar, l.Weies и G.Engel), разрабатывающая теоретические основы психосоматики на основе психоаналитических концепций; немецкая школа (W.von Krehl, von Weizsacker, von Bergman), отдающая предпочтение разработке философских основ психосоматики, и отечественная школа, в которой основой изучения психосоматических расстройств является учение И.П.Павлова о высшей нервной деятельности. С начала XX века И.П.Павлов в целом ряде своих работ показал значение центральной нервной системы в регуляции соматических функций. Дальнейшим развитием этой проблемы занимался ученик И.П.Павлова П.К.Анохин. Им была создана теория функциональных систем организма, которая позволила с новых позиций оценить роль эмоций и мотиваций в развитии соматических болезней.

Современная психосоматическая медицина изучает расстройства соматических функций самых различных систем организма: пищеварительной, дыхательной, сердечно-сосудистой, эндокринной и т.д. Наблюдающиеся здесь психосоматические нарушения имеют различную степень выраженности. При самых легких, возникающих на фоне повседневных эмоциональных воздействий, появляются расстройства, не являющиеся в своей основе клиническим фактом. При более глубоком эмоциональном воздействии, особенно продолжительном и подавляемом индивидуумом, психосоматические симптомы проявляются в форме функциональных расстройств, которые чаще всего диагностируются как "вегето-сосудистая дистония", "вегетативная дистония", "вагосимпатические расстройства" и т.д. Уровень этих нарушений и особенности наблюдаемого здесь психического фона ставят подобные нарушения в связь с неврозами, в частности с истерическим неврозом. Существует, однако, точка зрения, что между неврозами и психосоматическими расстройствами существуют большие различия. Больные неврозами обычно хорошо осознают свои психические конфликты и связанные с ними изменения психического состояния. Больные с психосоматическими расстройствами обычно считают себя только физическими больными людьми (W.Brautigam, 1973). Наконец, в тех случаях, когда существует выраженное длительное и постоянно подавляемое эмоциональное напряжение, внешним проявлением которого в части случаев являются стойкие расстройства настроения в форме субдепрессии, а

также начинают акцентироваться и даже превалировать какие-либо одни характерологические черты — налицо условия для появления настоящей психосоматической болезни.

Ниже приводится перечень основных физиологических систем, при которых наблюдаются психосоматические расстройства. Последние при каждой системе разделены на группы, отражающие степень их тяжести.

Пищеварительная система

Наиболее легкими диспептическими расстройствами, возникающими в форме эпизодов после эмоционального стресса, в частности, как ответ на психотравмирующую ситуацию являются: потеря аппетита, вплоть до анорексии, или, напротив, повышенный аппетит; тошнота — вплоть до рвоты, преходящие "желудочные спазмы", диарея, запоры, ректальные боли.

Функциональные расстройства значительной продолжительности возникают либо вслед за перечисленными нарушениями, либо первично. Потеря аппетита может достичь степени выраженной и продолжительной анорексии. К последней ряд зарубежных авторов относят нервную анорексию, возникающую у девушек на фоне эндокринных сдвигов, а также более редкие случаи анорексии, развивающиеся впервые у лиц зрелого возраста, преимущественно у женщин. Продолжительность анорексии может составить годы — до 10—15 лет. В этих случаях можно наблюдать не только невротические, но и отдельные препсихотические симптомы. У заболевших возникают стойкие, зачастую доминирующие над всеми остальными мысли и умозаключения, касающиеся мер, необходимых для похудания, разработка всякого рода диет, режимов физических и психических нагрузок, постоянно сочетающиеся с нарушениями прежних межличностных отношений. При отсутствии врачебной помощи такие состояния могут повести к смерти в состоянии кахексии. Из других длительно существующих диспептических нарушений чаще всего отмечаются спастические колиты и запоры. К этой же группе психосоматических расстройств относят и часть случаев продолжительной неукротимой рвоты беременных (R.Gladston, 1946).

К психосоматическим болезням пищеварительной системы, болезням в прямом смысле этого слова, относят язвенную болезнь и гемморагический колит.

Язвенная болезнь считается одним из наиболее достоверных примеров психосоматической болезни. Давние наблюдения интернистов, постоянно отмечавших психическую травматизацию в периоде предше-

ствующем заболеванию язвенной болезнью, подтверждены в последующем наблюдениями психиатров и, в частности, наличием единовременной цикличности развития психических и физических расстройств. Положительный эффект психотерапии также подтверждает тезис о связи язвенной болезни с нарушением баланса в эмоциональной сфере. Если отвлечься от психоаналитических трактовок генеза язвы желудка, то удается выявить у этих больных ряд сходных характерологических отклонений. Излечение от язвенной болезни часто сопровождается их исчезновением. Свойственные таким больным гиперстенические черты (настойчивость, упрямство, активность в достижении желаемого, переоценка своих возможностей, возбудимость и т.д.) после операции гастрэктомии сменялись характерологическими чертами противоположного свойства.

Тесную связь геморрагических колитов с эмоциональными расстройствами подтверждают успехи психотерапии в устранении имеющихся соматических нарушений. Однако далеко не во всех случаях развившегося геморрагического колита удается выявить предшествующую эмоциональную патологию. Там, где она отсутствует, предположение о ее скрытом существовании делается на основе успешной психотерапии и терапии психотропными средствами.

Органы дыхания

Наиболее легкими в форме эпизода респираторными нарушениями, возникающими вслед за состояниями эмоционального напряжения, в том числе в условиях психотравмирующей ситуации, являются: кашель, изменение ритма дыхания, обычно в виде тахипное, частые, непроизвольные вздохи. Характерны изменения речи, ее ритма и тембра — начинают говорить быстро или, напротив, медленно; слова произносятся с придыханием; голос начинает вибрировать, становится тихим, громким — вплоть до крика, пронзительным.

К функциональным респираторным нарушениям, имеющими значительную продолжительность или ч'астую повторяемость, относят: "невротический" кашель, псевдоастматическое диспное, а в области речи — заикание, афонию, некоторые формы битонального голоса. Во всех случаях перечисленные симптомы сопровождаются тревогой, тягостными ощущениями в области грудной клетки, вегетативными расстройствами.

К собственно психосоматическим болезням относят часть случаев бронхиальной астмы и легочного туберкулеза.

В настоящее время не подлежит особому сомнению тот факт, что у ряда больных бронхиальная астма является проявлением невроза страха или невротической депрессии. В пользу подобного утверждения свидетельствуют успехи терапии психотропными средствами и психотерапии таких больных. До их применения у определенной части лиц, страдающих бронхиальной астмой, лечение одними антиастматическими средствами не давало никакого положительного эффекта.

Современные исследования подтвердили интуитивные предположения старых авторов, например R.Laennec'a о связи эмоциональных расстройств с туберкулезом. Фтизиатрам хорошо известен факт возникновения психического напряжения у больных за месяцы до начала вспышки болезни. Считается, что в случаях легочного туберкулеза плохо поддающихся медикаментозному лечению следует обратить внимание на возможность существования у больного тревожно-депрессивного состояния. I.Begoin (1966) показал, что около 40% больных легочным туберкулезом имеют отклонения в поведении и психические нарушения, требующие, по мнению лечащих врачей, компетенции психиатра. Состояния фрустрации*, к которым так склонны больные туберкулезом, объясняется не только особенностями их соматического заболевания, но и особенностями их личностного склада (A.Porot, I.Pelicier, 1969).

Сердечно-сосудистая система

Сердечно-сосудистые болезни резко возрастают в своем числе в зависимости от условий современной жизни, которая постоянно требует от людей повышенных эмоциональных нагрузок.

Наиболее легкими сердечно-сосудистыми симптомами, возникающими после или на фоне кратковременного эмоционального напряжения, являются: преходящая тахикардия, аритмия, артериальная гипер- или гипотензия.

Функциональные нарушения: ощущения замирания в области сердца и предсердечные боли, кратковременные обморочные состояния различной глубины, стенокардитические приступы без каких-либо электрокардиографических и анатомических изменений, способные в ряде случаев повлечь за собой смерть. Всем этим симптомам часто

* Фрустрация — состояние психики, возникающее у человека в результате осознания крушения надежд, невозможности достижения поставленных целей и проявляющееся сочетанием подавленного настроения с напряжением и тревогой. Энциклопедический словарь медицинских терминов, т. 3, 1984, с. 246.

предшествуют выраженные эмоциональные расстройства, чаще в форме страха или гнева.

Психосоматическими болезнями являются в первую очередь инфаркт миокарда и хроническая артериальная гипертензия; ряд исследователей причисляют сюда также атероматоз и пароксизмальную тахикардию.

В возникновении коронарной болезни и инфаркта миокарда повторяющаяся психическая травматизация и продолжительное отрицательное эмоциональное напряжение играют важную роль. Коронарная болезнь, по мнению зарубежных исследователей, обычно представляет собой болезнь "менеджеров" —людей активных и предприимчивых. Она встречается и у лиц других профессий, прочем тем чаще, чем больше эти люди подвергаются эмоциональному напряжению. Так, например, у врачей-анестезиологов инфаркт миокарда встречается в два раза чаще, чем у врачей-дерматологов или патологоанатомов. У врачей, занимающихся частной практикой, инфаркт миокарда возникает в 3 раза чаще, чем у врачей, работающих в государственной медицинской системе. У водителей грузовиков существует параллелизм между частотой инфаркта миокарда и количеством пройденных ими в год километров пути (M.Dongier, 1966).

Хроническая артериальная гипертензия имеет очень тесную связь с эмоциональным напряжением и с эмоциональными расстройствами. Во время двух мировых войн очень многие врачи могли констатировать данное положение. Известны настоящие эпидемии заболеваний артериальной гипертензией как среди гражданского населения, так и среди контингентов военнослужащих. Последняя вспышка такой эпидемии наблюдалась среди солдат американской армии во время войны в Корее. Психиатры различных направлений отмечают, что в обыденной жизни возникновению гипертонической болезни способствуют такие личностные черты, как тревожная мнительность, ригидность, склонность к определенному жизненному стереотипу, реактивная лабильность, при которой легко сменяются стеничные и астенические реакции (M.Fain, 1950; Е.С.Авербух, 1965; A.Iouve и M.Dongier, 1965).

В связи с тем, что и инфаркт миокарда, и гипертоническая болезнь • имеют тесную патогенетическую связь с атероматозом, последний рассматривается рядом зарубежных исследователей в качестве психосоматической болезни.

В отношении пароксизмальной тахикардии существует небольшое число исследований. По данным A.Iouve и M.Dongier'a (1965), среди страдающих этим заболеванием необычно высок процент лиц с истерическими чертами характера. Приступы пароксизмальной тахикардии

рассматриваются этими авторами как соматический эквивалент истерической реакции на эмоциональное напряжение. Подобные выводы подтверждаются успехом психотерапевтического вмешательства, которое одно способно дать необходимый лечебный эффект.

Кожные покровы. Аллергия

Наиболее легкими расстройствами являются возникающие под влиянием эмоционального напряжения вазомоторные реакции: побледнение или покраснение кожи, повышенное потоотделение, "гусиная кожа".

Функциональные расстройства со стороны кожных покровов проявляются локальной или более генерализованной гиперестезией, гипо- или анестезией, эритемой, зудом, уртикарной сыпью, отеком Квинке.

К группе кожных поражений, считающихся психосоматическими болезнями, относятся такие дерматозы, как экзема, псориаз, отдельные формы зуда, гнездное или общее облысение. Отнести эти формы к психосоматическим болезням позволяют следующие факты: а) благоприятное, в смысле положительного терапевтического эффекта, применение при них психотерапии, особенно в группе экзем (Y.Ikemi, S.Nakagawa, K.Higuchi, 1963); б) частое сочетание дерматозов, особенно псориаза, с психическими нарушениями эндогенного генеза. Так, в исследованиях Boulgert'a и Soule (1951 —1955 гг.) было выявлено, что среди 200 больных с псориазом у 185 существовали отчетливые психические отклонения.*

Аллергические заболевания не ограничиваются, конечно, кожными покровами. Они захватывают самые различные системы — дыхательную, пищеварительную и т.д. Исследователей аллергии первоначально привлекло изучение физико-химических факторов, которые считались основным субстратом данного заболевания. Полученные результаты не оставляют сомнений в правильности такого предположения. Однако со временем были обнаружены и другие причины аллергий. Они подтвердили значение эмоциональных факторов в их возникновении, что было известно врачам уже давно. Так, астма Trausseau тесно связана с вспышками гнева; астма Proust'a с воздействием образов определенного содержания; астматические состояния могут развиться вслед за сновидениями, сопровождаемыми отрицательными эмоциями (Gacquelein). В пользу отнесения ряда аллергических состояний к группе психосоматических

* Цит. по M.Burner и S.Schwed. L'approche psychosomatique des affections dermotalogiques. Rew. Med. psychoc., 1963, № 3, p. 251.

заболеваний могут свидетельствовать и результаты лечения — больной не поправляется, несмотря на использование самых различных лекарственных средств и одновременно у него возможно выраженное улучшение под влиянием одной психотерапии. За рубежом существует ряд исследований аллергий, в которых соавторами дерматологов являются психиатры.

Общий обмен. Эндокринные железы

Наиболее легкими расстройствами, генез которых обусловлен эмоциональным напряжением, являются те, которые связаны с кратковременными нарушениями в деятельности адреналовой системы, находящейся в связи с различными звеньями эндокринной системы. Характерны колебания уровня сахара в крови, эмоциональная полиурия, колебания уровня артериального давления, вазомоторные нарушения и т.д.

Функциональные нарушения, обусловленные эмоциональным напряжением, чаще всего проявляются колебаниями веса тела, аменорреей, транзиторной глюкозурией. Именно эти нарушения лучше всего можно объяснить с помощью концепции H.Selyc об адаптационном синдроме.

К психосоматическим болезням относят прежде всего диабет, гипертиреоз и Базедову болезнь. Во многих случаях их начало тесно связано с эмоциональным напряжением. Особенно явна эта связь в случаях, сопровождаемых гипертиреоидизмом. L.Morcau и F.Peigne (1966) показали, что "гипертиреоидное состояние" — раздражительность, легкая смена настроения, быстрота решений и их немедленное выполнение, слабая потребность в сне, повышенная потливость и т.д. часто представляют собой не следствие гипертиреоза, а предшествуют его развитию, т.е. болезнь развивается на определенной "характерологической почве", а толчком к ее манифестации являются психогенные факторы. Ряд исследователей относят к психосоматическим эндокринным болезням вирилизм, а также ожирение, возникающее под влиянием гиперкортицизма психогенного генеза.

К психосоматическим расстройствам и болезням относят также различные нарушения со стороны двигательной системы (случаи хронического прогрессирующего полиартрита и других коллагенозов), неврологические болезни, например мигрени, гинекологические расстройства (фригидность) и т.д.

По мнению большого числа врачей, развитие психосоматической медицины влечет за собой изменение теоретических положений в медицине и сложившихся практических, в первую очередь лечебных, мероприятий. Психосоматическая медицина вносит новые факты в традиционное понимание этиологии многих болезней. В частности, разработка данной проблемы начинает все в большей степени включать не только чисто медицинские, но и социальные и эпидемиологические ее аспекты. Клиническое исследование в психосоматической медицине как бы объединяет в себе требования, предъявляемые к исследованию больных и с психическими, и с соматическими расстройствами. Анамнез (субъективный и объективный) имеет здесь первостепенное значение. В анамнезе в хронологическом порядке излагают все важнейшие события в жизни больного, в том числе и социальные, а также отмечают все реакции больного на них. Всегда тщательно собирается соматический анамнез. Особое внимание уделяется изучению характерологических особенностей больного — клиническим методом и с помощью психологических тестов. По мнению ряда психиатров, в частности Н.Еу, анамнез больного с психосоматическими расстройствами должен представлять собой патографию* и всегда быть биографическим — история жизни и история болезни не могут быть в этом случае отделены друг от друга. Ниже приводятся признаки, позволяющие врачу при собирании анамнестических сведений заподозрить психосоматическое заболевание.

1. Наличие определенных личностных особенностей прежде всего в рамках акцентуации или психопатического склада.
2. Биография богатая "кризисными событиями".
3. Наличие семейного предрасположения к определенным болезням.
4. Развитие соматических и психических расстройств в форме фаз, т.е. их периодичность.
5. Явная тенденция к появлению или усилению соматической и психической патологии в критические периоды жизни.
6. Существование у индивидуума сексуальных проблем.
7. Сочетание у одного лица ряда вышеперечисленных признаков.

При изучении психосоматических болезней первостепенное значение приобретает исследование личности больного человека. Врачи, ориентированные в этом плане на данные психоанализа, начиная с таких исследователей, как H.F.Dunbar (1938) и F.Alexander (1943), постоянно стремились к созданию отдельных психологических профилей, соотносящихся с определенной соматической патологией. Если первоначально

* Патография ----- биография человека, написанная с использованием психиатрических критериев. Это биография, рассматриваемая с позиций психиатрии.

описанные ими характерологические черты таких больных и соответствующие им болезни трактовались исключительно с позиций психоанализа, то в последующем подобная трактовка начала дополняться ими сначала концепцией H.Selge об адаптационном синдроме, а в дальнейшем — концепцией об эмоциональном стрессе. Исследователи, отвергающие психоанализ, изучают характерологические особенности больных с психосоматическими расстройствами, опираясь на клинико-описательный метод, во многом соответствующий методу изучения психопатических характеров, разработанному П.Б.Ганнушкиным (1933).

Несмотря на разницу в трактовках ряда условий возникновения психосоматических болезней, существующих среди сторонников и противников психоанализа, в одном важном пункте их мнения совпадают. Ни у одних, ни у других не вызывает сомнения тот факт, что существуют определенные, возможно даже генетические зависимости между личностными особенностями индивидуума и возникновением у него определенной соматической патологии, спровоцированной эмоциональным напряжением самого различного характера (психогенного, социального и т.д.).

В большей степени, чем полученные к настоящему времени клинические факты, нередко представляющие собой своего рода наброски в еще большей степени, чем попытки их теоретического обоснования, концепция психосоматической медицины вносит новое в лечение больных по сравнению с прежними традиционными методами терапии, распространенными среди представителей самых различных медицинских профессий. Для оказания лечебной помощи не только больным с психосоматическими расстройствами, но и вообще всем больным, врачи самых различных специальностей должны обладать определенной суммой знаний из области пограничной психиатрии и умением превращать добрые слова в осознанный ими терапевтический фактор. Приобщение врачей-соматиков к психиатрическим знаниям может осуществляться в самых различных формах — круглый стол, совместные консультации и т.д. Возможно, наилучшей формой является совместная работа врачей-соматиков с врачами-психиатрами, т.к. при этом происходит обмен опытом, недостающим и тем, и другим, а также возникает обусловленное практическими задачами осознание необходимости совместных действий.

В арсенале лечебных мероприятий, которыми психиатр располагает для лечения больных с психосоматическими расстройствами, главное место принадлежит психотерапии и психотропным средствам. Если большая часть психиатров считает необходимым применение психоанализа, то не менее значительная часть зарубежных, не говоря уже об отечественных психиатрах, считает психоанализ неприемлемой формой психотерапии психосоматически больных. По мнению ряда французских психиатров (H.Ey, M.Ziwar, P.Racamier, I.Gendrot, I.Courchet, 1952) и многих других, аффективная травматизация, всегда сопуствующая психосоматическим болезням, делает таких больных интолерантными и к классическому психоанализу, и к его разновидностям. За вычетом психоанализа можно назвать большое число психотерапевтических методов воздействия. Выбор конкретной формы психотерапии соотносится сданными личности пациента и его болезнью. Какой-либо определенной установки здесь пока нет. Обычно психотерапевтическое лечение проводят в условиях амбулатории. В тяжелых случаях показано его проведение в условиях больницы. Психотропные средства назначают исходя из особенностей психического статуса больного.

В настоящее время больные с психосоматическими расстройствами лечатся либо совместно с соматическими больными либо в психиатрических учреждениях. До недавнего времени существовала только одна клиника в Ульме, руководимая Ch. von Uexkull, предназначенная исключительно для больных с психосоматическими болезнями. Здесь объединились усилия врачей-соматиков, психиатров, психологов, служащих социальных учреждений.

Проблема психосоматической медицины позволяет по-новому рассматривать концепцию болезни, иначе проводить анализ ее причин и увидеть в ее проявлениях то, что ранее было скрыто. Одновременно расширяется диапазон терапевтических мероприятий. Все это делает медицину более динамичной и более человечной. Разработка вопросов психосоматической медицины способствует возрождению искусства лечить больного человека.

БИБЛИОГРАФИЯ

Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональных систем. М., Наука, 1980, 197с.

ВальдманА.В., КозловстяМ.М., Медведев О. С. Фармакологическая регуляция эмоционального стресса. М., Медицина, 1979, 359 с.

Гиляровский В.А. Сомато-психические реакции и состояния. — В кн.: Старые и новые проблемы психиатрии. Медгиз, 1946, с. 105. Библ.

Зиновьев П.М. Психотерапия болевых синдромов при соматических заболеваниях. Врачебное дело, 1947, № 8, с. 643.

Кассирский И.А. О врачевании. М., Медицина, 1970, 271 с. Библ.

Невзорова Т.А. Психотропные средства в соматической медицине. М., Медицина, 1971, 156с. Библ.

ПлетневД.Д. К вопросу о "соматической циклотимии". Русская клиника 1927, №36, с. 496.

Гополянский В.Д. Психосоматические расстройства. М., Медицина 1986 383с. Библ.

Хомуло П.С. Эмоциональное напряжение и атеросклероз Л Медицина 1982, с. 152

Ackerknecht E.H. The history of psychosomatic medecine Psychol Med 1982, 12, p. 17.

Brautigam W. Psychosomatik. Lexikon der Psychiatric. 1973, s. 415. Bibl.

Dongier M. Nevroses et troubles psychosomatiques. Vol. 1, 1966, 296 p. Bibl.

Radvila A., Adler R. Psychosomatik Handworterbuch der Psychiatric 1984 s. 443. Bibl.

Tzanck R. Reflexion sur la medecine psychosomatique. Vol 1 1964 182 n Bibl.

ГЛАВА IV

КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

"Доброжелательность, большое терпенье, самообладание, полная свобода от всех предрассудков, понимание людей, как результат глубокого знания жизни, умение вести разговор, по крайней мере энциклопедическое знакомство с душевными болезнями и особенно склонность к своему призванию, необходимые свойства психиатра".

W. Griesinger.

"Qui bene interrogat — bene curat".

Г.А.Захарьин.

В настоящее время в преобладающем числе медицинских дисциплин исследование больных производится с помощью клинического и инструментально-лабораторных методов исследования. Число последних не только неуклонно растет. Совсем нередко они становятся доминирующими и при исследовании больных оттесняют клинический метод на задний план. Данный факт уже давно хорошо осознавался врачами, особенно интернистами. "Наша наука в результате увеличения числа диагностических вспомогательных методов стала в руках отдельных врачей скорее лабораторной наукой, чем частью практической и прикладной биологии. Успехи механизирования, титрования, фильтрования, калориметрирования и тому подобных методов приводят к тому, что молодой врач иногда почти забывает о самом больном" (A.Strumpel). Эти слова остаются актуальными и на сегодняшний день. "Клиническое мышление,'в высокой степени столь свойственное врачам старого поколения, менее свойственно новейшему поколению врачей, вероятно, главным образом вследствие переоценки лабораторных методов. Однако это мышление удерживает свое выдающееся значение для диагностики и теперь" (R.Hegglin, 1965). Для иллюстрации своего отношения к клиническому методу исследования R.Hegglin приводит схему Lopes Cardozo (1954), на которой изображена иерархия различных методов, участвующих в процессе диагностики внутренних болезней. Схема представляет собой пирамиду. Ее вершину занимает клинический диагноз. Основание пирамиды составляют анамнез, status praesens и общие критерии (компетент-

ность, полнота обследования, клиническое мышление). На гранях пирамиды расположены самые различные объективные методы исследования: электрокардиография, рентгенология, серология и т.д.

Психиатрия сегодняшнего дня располагает определенным числом объективных методов исследования, основанных на использовании достижений естественных наук. Эти методы все в большей мере становятся составной частью практической психиатрии. Однако параклинические (инструментально-лабораторные и др.) методы исследования пока еще лишь в весьма ограниченном числе случаев способны помочь в решении вопросов диагностики и тем более лечения психически больных. В психиатрии так же, как это было и сто, и сто пятьдесят лет тому назад, основным по-прежнему является клинический метод, в котором, по словам П.Б.Ганнушкина (1924), главное место принадлежит расспросу. Данное положение справедливо и в настоящее время. "Основным приемом исследования психически больных служит расспрос" (А.В.Снежневский, 1983).

Отечественная медицина вправе, гордиться. Метод исследования больных с помощью расспроса был впервые развит в систему в России Г.А.Захарьиным в последней четверти XIX века. Французский кардиолог H.Huchard, приехавший в Москву со специальной целью ознакомиться с тем, что представляет собой метод, разработанный Г.А.Захарьиным, дал ему самую высокую оценку, сказав, в частности, что в Московской школе терапевтов "расспрос поднят до высоты искусства" ("1'interrogatoire, qui est eleve a la hauteur de Г art"). Метод исследования с помощью расспроса был в последующем распространен в Московской школе врачей и на другие клинические дисциплины: "Покойный профессор В.Ф.Снегирев ... нередко обращал внимание на практическое следствие той опытности, которую он приобрел своей многолетней работой. Мы не раз слышали от него, что свою диагностику и в простых, и в наиболее запутанных случаях ему удавалось ставить почти всегда еще до объективного исследования, которое является очень часто только подтверждением того, что успело уже выясниться из расспроса, анализа и всего изучения подробностей случая. В несвязанных, бестолковых ответах малоинтеллигентных больных он умел улавливать яркие черты, терпеливо отыскивать указания на фактические данные, сопоставлять все это и широко пользоваться при окончательных выводах и заключениях".* Московские психиатры — С.С.Корсаков, В.П.Сербский. П.Б.Ганнушкин и ряд их учеников были теми,

* Губарев А.П. Диагностика женских болезней. Гос. изд. М., Петроград, 1923, с. 11.

кто в полной мере использовал расспрос в качестве основного метода изучения психических болезней.

О том, как умелый расспрос способен вскрыть и дать возможность усвоить картину психической болезни даже несведущему в психиатрии человеку и к чему приводит неумение расспросить психически больного, можно судить на основании следующего примера. "Особенно выделялся в то время уже знаменитый профессор психиатрии Эмиль Крепелин. Впоследствии он приобрел мировую известность первокласснейшего психиатра, проведшего коренную реформу во всей клинической психиатрии. Систематического курса мне у него не довелось слушать, студентом младшего курса я только посетил из любопытства две-три его клинические лекции. Выводят психически больного. Крепелин, внимательно глядя, начинает задавать вопросы, и на наших глазах, как высокохудожественное произведение, ярко начинает вырисовываться вся характерная картина данной болезни. И заключительная характеристика, которую давал болезни профессор, была для слушателей естественным и необходимо вытекающим итогом всех расспросов больного. Так было просто, что даже странно казалось, что в этом особенного? И только тогда я оценил всю талантливость Крепелина, когда его сменил на кафедре другой профессор: суетится вокруг больного, задает бесконечное количество бестолковых вопросов, туманится голова от скуки; конец демонстрации, а картина болезни нисколько не стала яснее, чем в начале".*

П.Б.Ганнушкин (1924) называл расспрос необъективным методом. Однако подобный субъективный метод исследования обладает для психиатра совершенно исключительным значением. Дело объясняется особенностью психических болезней. Определяющие их расстройства являются по преимуществу субъективными, выражаясь в форме, которую в обыденной жизни называют переживаниями. Выявить их во всей полноте можно только с помощью расспроса. Но последний способен вскрыть не только индивидуально проявляющиеся симптомы психической болезни. С его помощью психиатр получает сведения о личности больного человека, без которых диагностические, лечебные и социальные мероприятия не будут иметь своего всестороннего рассмотрения и решения.

Расспрос больного позволяет выявить клинические факты, определяющие его настоящее психическое состояние, и собрать субъективный анамнез. Расспрос родственников и лиц, знающих больного, позволяет собрать объективный анамнез, который дает возможность:

* Вересаев В.В. Воспоминания. М.-Л., 1946, с. 337.

1) уточнить высказывания больного об уже выявленных у него психопатологических расстройствах;

2) выявить те их них, о которых больной не говорил, и с их помощью уточнить его психический статус и субъективный анамнез;

3) оценить присущие больному личностные особенности и то, как они изменились за время болезни. Хорошо собранный анамнез позволяет установить достоверный диагноз болезни и индивидуальный диагноз больного.

Расспрос — это не просто выявление различных данных, сообщаемых больным и знающими его лицами, это всегда активное, зачастую очень напряженное состояние всей психической деятельности врача — его ума, чувств, воли, внимания, впечатлительности и т.д. Умело осуществленный расспрос вскрывает не только особенности проявлений и развития психической болезни, но и влияние на нее многообразных привходящих условий, реакции больного на саму болезнь и на'различные жизненные ситуации, с которыми ему приходится сталкиваться, медицинские и социальные последствия, обусловленные заболеванием. Разумеется, для успешного исследования необходимо знание фактического материала, составляющего предмет психиатрии. Однако совершенно недостаточно заучить сведения, которые излагаются в учебных пособиях по психиатрии. "Закругленные и отделанные картины болезни легко усваиваются, но с трудом мирятся с действительностью, на которую они столь же походят, сколько Орлеанская Дева Шиллера походит на историческую Деву".* Всегда необходимо выработать знания, основанные на личном опыте исследования и лечения больных.

Клиническое исследование, в котором главенствующая роль принадлежит расспросу, собеседованию, несомненно, предъявляет определенные требования к психиатру как к человеку. Создатели научной психиатрии постоянно подчеркивали данное обстоятельство: "Нужна особая склонность к своему призванию" (Griesinger W., 1867); "известный склад характера" (Корсаков С.С., 1901); "совершенно особые душевные качества" (Kraepelin E., 1912). "Умение беседовать с душевнобольным дается не только знаниями и опытом, но — скажу прямо — определенными психическими данными врача-исследователя, иногда даже интуицией. Есть очень опытные и знающие психиатры, которым это умение говорить с душевнобольными вовсе не дается и которые благодаря этому не могут получить тех данных, того статуса, который соберет другой

* БлейлерЭ. Руководство по психиатрии. Берлин. Изд. «Врач», 1920, с. 11.

психиатр, умеющий подойти к больному".* Значение человеческих качеств врача в деле исследования, диагностики и лечения постоянно подчеркивается представителями различных клинических дисциплин, в частности, интернистами. Так, французский клиницистг4.Р1ез8т§ег(1948) считает, что одним из важнейших слагаемых в вопросах исследования больного и постановке надежного диагноза всегда являются личные качества врача. Такие высказывания легко умножить.

Личность врача имеет наибольшее значение при исследовании душевнобольных. Даже у психически здоровых людей бывают в жизни такие периоды, когда в силу различных обстоятельств ими овладевают мысли, чувства, желания, представления и т.д., выходящие за рамки общепринятого. Эти субъективные переживания часто не могут быть правильно оценены человеком, которым они владеют, а у окружающих — встречают непонимание и даже противодействие. Ни в чем люди с различными заблуждениями не нуждаются больше, чем в понимании. У лиц с болезненными психическими отклонениями те же, что и у здоровых, переживания количественно и качественно иные. Они существуют длительно, зачастую всю жизнь. Поэтому душевнобольные занимают по отношению ко всем остальным, так называемым нормальным людям, совершенно особое положение. Их часто не только плохо понимают или не понимают совсем. Их не хотят принимать такими, какие они есть. Непонимание и неприятие исходит не только от окружающих, но и от близких больным людей. Каждый психически больной по сравнению со здоровым человеком необычайно уязвим психологически. Эта уязвимость особенно выражена у сознательных и легко болеющих психически больных. Любому больному человеку совершенно необходимо, чтобы его поняли. Психически больные нуждаются в понимании больше, чем кто-либо из всех больных вообще. Для понимания больного человека, в том числе и страдающего психическими расстройствами, мало одних профессиональных знаний. Нужна еще и способность проникнуть в чужую сущность, а для этого необходима психологическая одаренность. Обязательным ее свойством должна быть высокоразвитая эмоциональность, в первую очередь эмоциональная откликаемость—эмоциональный резонанс. Именно последний дает психиатру возможность почувствовать проблемы больного человека в том случае, когда доводы умай опыта не в состоянии этого сделать. Эмоциональный резонанс играет очень важную роль в таком явлении, как сопереживание. Возможно, именно боль-

' Ганнушкин П.Б. Избр. труды. М.: Медицина, 1964, с. 32.

шая эмоциональность должна отличать психиатров от представителей других клинических дисциплин. Знание биографий выдающихся психиатров всегда в прямой или в косвенной форме позволяет отметить их высокую, порой необыкновенно выраженную эмоциональность.

"В чем особенность Ганнушкина? Мне кажется, его отличительная черта — это доброжелательная заинтересованность. При беседе с ним больной чувствовал и понимал, что эта беседа для Ганнушкина нечто большее, чем служебная обязанность, что рассказ больного интересен для Ганнушкина, что он даже увлекает его. Ганнушкин при этом обычно не скрывал своих чувств: он смеялся, сожалел, сердился, сопереживал. Это, возможно, главное. Это и располагало к нему больных, они полностью раскрывались в беседе с ним. ...Ганнушкин в беседе с больными отражал самого себя. Равнодушие и безучастность — качества, чуждые Ганнушкину".* О нем же: "Тонкий знаток человеческой души, всегда ласковый, чуткий и внимательный, необыкновенно простой в личных отношениях, он обладал каким-то особым очарованием, неотразимо действовавшим даже на лиц, недоброжелательно к нему настроенных".**

Эмоциональность — одна из основ общения врача с психически больным человеком. Ей, конечно, всегда должны сопутствовать и другие личные качества. Сама по себе одна эмоциональность не дает ничего. Более того, будучи выраженной и оттесняя другие человеческие свойства, она почти всегда вредит делу. В какой-то степени эмоциональность должна играть роль катализатора в общении врача с больным. Успех расспроса психически больных зависит также от опыта и дисциплинированности мышления врача.

Существует три основных способа расспроса. Неопытные врачи и врачи, имеющие опыт, но с недостаточно дисциплинированным мышлением пользуются способом, который можно назвать "случайным": вопросы задаются без предварительного обдумывания, часто непоследовательно. Они касаются не только самых различных сторон психического состояния больного, одновременно и важных, и второстепенных, но и различных анамнестических сведений, не связанных с выявляемыми расстройствами. При таком расспросе обнаруженный психопатологический симптом часто либо не уточняется, либо, напротив, подвергается излишней детализации, что мешает распознаванию других, связанных с ним симптомов. Чаще всего хотят обнаружить в первую очередь манифестные психопатологические расстройства — бред, галлюцинации, нарушения мышления и т.д. Их отсутствие или невозможность выявления ставят врача в тупик, и дальнейшие вопросы могут стать более хаотичными. При этом остаются нераскрытыми то важные детали картины болезни, то вся ее картина в целом.

Второй способ заключается в том, что врач ведет расспрос, придерживаясь той или иной схемы в последовательности выявления психопатологических расстройств. Такая схема создается предварительно на основе каких-либо фактов, уже имеющихся в распоряжении врача или полученных в начале беседы с больным. Содержание вопросов и их последовательность обычно значительно не меняются в зависимости от ответов больного. Вопросы врача направлены на выделение и уточнение тех расстройств, которые, по его мнению, являются наиболее важными для установления особенностей психического статуса, нозологического диагноза или каких-либо других целей, например, научных. Такой расспрос можно назвать "систематическим". И при первом, и при втором способах расспроса инициатива в беседе принадлежит врачу.

Третий способ расспроса предполагает два условия:

1) активную роль в беседе играет сам больной;

2) вопросы врача определяются в первую очередь теми сведениями, которые сообщает больной, и имеют целью вызвать у него желание самому рассказывать о себе. Врач не перебивает течение мыслей больного и дает ему возможность выговориться, отмечая про себя наиболее значимые факты, которые позже уточняются дополнительными вопросами. Такой расспрос можно назвать "свободным".

"Случайный" расспрос неприемлем для исследования психически больных. Остальные два способа являются в психиатрии основными. Каждый из них имеет свои преимущества. "Систематический" расспрос приемлем для обследования больных с манифестными психическими расстройствами. Он бывает незаменим в научной работе, когда требуется доскональное изучение того или иного психопатологического нарушения. Этот способ врачи часто используют в условиях ограниченного времени, в частности, при экспресс-диагностике. "Свободный" расспрос предпочтителен в клинике малой психиатрии — при исследовании больных со стертыми формами психопатологических расстройств, неврозами и психопатиями, а также у больных с психосоматическими расстройствами. При таком расспросе врач имеет возможность обнаружить нарушения, проявления которых сам больной затрудняется опреде-

* Кербиков О.В. Научное наследие П.Б.Ганнушкина. — В кн. П.Б.Ганнушкин. Избранные труды. М., 1964, с. 18.

** П.Б.Ганнушкин (некролог). — В кн.: Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. М.: Север, 1933, VI, VII.

лить. Психопатологические симптомы выявляются из всего контекста беседы, а не из отдельных высказываний больного. В этом случае врач часто получает представление и об индивидуальных особенностях лич-' ности больного. Это создает предпосылки и для психотерапевтического воздействия на больного в ходе психиатрического обследования. Таким образом, обследование больного дает не только возможность установить диагноз, но одновременно способно оказаться и лечебным методом. На практике оба способа расспроса часто сочетаются. Начинают обычно со "свободного" расспроса, а затем, когда клиническая картина начинает проясняться, переходят к "систематическому" расспросу.

Условно выделенные два основных способа расспроса используются и большинством клиницистов, а не только психиатрами. Отмечено, например, что в хирургии менее опытные врачи предпочитают "систематический" способ, в то время как их старшие коллеги используют преимущественно "свободный" — они больше слушают, задают меньше вопросов и в диагностике постоянно достигают гораздо более высокой эффективности (leaper и соавт., 1973). То же самое происходит и в клинике внутренних болезней. "Очень существенно, по крайней мере вначале, чтобы больной свободно высказывался обо всем, что его угнетает. Уже сам характер изложения больным своих жалоб может дать исключительно важные диагностические данные. Это позволяет в значительной степени правильно оценить субъективные факторы. Поэтому первые четверть часа являются часто решающими для взаимоотношений между врачом и пациентом. От характера этих отношений существенно зависит, будет ли поставлен правильный диагноз. Во время этих первых 15 минут врач получает представление о больном как личности".* Следует ли напоминать о том, какое значение имеет для психиатра знание личности психически больного человека.

П.Б.Ганнушкин отмечал необходимость умения подойти к больному при его расспросе. Умение подойти к больному состоит, в основном, в способности психиатра побудить больного говорить о себе, вызвать его на откровенность и в конечном счете завоевать его доверие. Во многих случаях добиться этого трудно и первое, чем должен запастись психиатр, — это терпением. Беседа с психически больным человеком всегда, даже тогда, когда она непродолжительна, должна быть неторопливой, будто бы врач готов беседовать длительное время. Это особенно важно при расспросе интравертированных и конфузливых больных. Им всегда есть, что сказать о себе, а часто существует и потребность высказаться. Только говорят они о себе, особенно поначалу, мало и, на первый взгляд, как бы неохотно. Им всегда требуется известное время и умелый подход врача, чтобы разговориться. Всегда следует стремиться к тому, чтобы врач говорил намного меньше больного. При всех обстоятельствах больной должен иметь возможность высказаться. Нельзя задавать новый вопрос, не дослушав ответа на предыдущий. Нередко больного необходимо слушать молча, не перебивая. Вопросы, задаваемые врачом, должны быть сформулированы просто, с использованием, по возможности, обыденных слов. Они должны быть краткими, ясными, в ряде случаев состоящими всего лишь из одного-двух слов. Каждый вопрос должен содержать не более одной мысли. Вопросы должны быть разделены паузами, а не следовать непрерывно один за другим. Смотря по обстоятельствам, такие паузы могут длиться 10—20 секунд, иногда дольше. Больной должен иметь время для размышления. "Закидывать" больного вопросами недопустимо. В тех случаях, когда расспрос ведется в присутствии нескольких врачей, вопросы больному каждый врач должен задавать лишь после того, как заканчивает расспрос его коллега. Это исключает "перекрестный" расспрос, всегда сбивающий больных столку. Задаваемые больному вопросы по возможности должны иметь целью не только получить ответ, но и явиться для больного побудительным стимулом к тому, чтобы он сам продолжил разговор. Поэтому, как об этом говорилось выше, не следует торопиться с очередным вопросом после того, как больной ответил на предыдущий и на какое-то время замолчал. Умение психиатра повременить с очередным вопросом во многих случаях способствует успеху беседы. Очень часто, помолчав немного, больной сам сообщает врачу сведения о своем состоянии. Они подчас оказываются куда более важными, чем те, которые могли бы быть получены в ответ на очередной вопрос врача. Если же больной с самого начала беседы молчит или же после нескольких ответов замолкает на неопределенное время, далеко не всегда следует тотчас побуждать его к собеседованию. Чаще целесообразнее занять на какое-то время выжидательную позицию. Само по себе молчание больного — это одновременно и форма поведения, и форма общения, имеющие диагностическую ценность.

А.Г. Галачьян рассказал такой случай. В начале 20-х гг. он, тогда еще начинающий психиатр, вел под наблюдением районного психиатра В.О. Громбаха амбулаторный прием больных. "Мне нужно было взять что-то из бумаг в кабинете, в котором В.О. Тромбах принимал больных. Когда я туда зашел, то застал В.О. и больного, сидевших в молчании друг перед другом.

* Хегглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней. М., 1965, с. 47—48.

Когда я через некоторое время снова зашел в кабинет В.О., то застал ту же картину — врач и больной по-прежнему сидели друг перед другом и молчали. Случай меня озадачил, и я рассказал о нем П.Б. Ганнушкину — мол, что это В.О: сидит на приеме и молчит?" "А молчит, значит так надо; не всегда следует с больным разговаривать; нужно и помолчать", — сказал П.Б.".

Беседа с психически больными постоянно затрагивает такие стороны их психического состояния или личной жизни, о которых они говорить не хотят. Контекст беседы, словесные и мимические реакции больного почти всегда подсказывают врачу, что подходит момент, когда следует проявить в вопросах осторожность или деликатность. Если больной не хочет говорить о своем психическом состоянии, каких-то его сторонах или обстоятельствах своей прошлой жизни, то задавать ему прямые вопросы с целью их выявления — чаще всего пустое или даже вредное дело. Такие вопросы или мешают установлению доверительных отношений между врачом и больным, или же подрывают их, если они уже существуют. Целесообразнее заговорить с больным на нейтральную для него тему, вводить в нее вопросы, лишь косвенно затрагивающие то, о чем он прямо говорить не хочет, и лишь слегка попытаться выявить содержание скрываемых фактов. В других случаях можно использовать ряд последовательных вопросов, первые из которых касаются определенной темы лишь в самой общей форме и лишь последующие — конкретизируют ее. Так, П.Б.Ганнушкин, желая выяснить интимную жизнь больного, формулировал свой первый вопрос так: "Как Вы относитесь к женщинам (мужчинам)?". Если больной отвечал на этот вопрос охотно, следовал вопрос: "Какое место в Вашей жизни занимают женщины,, (мужчины)?". Оба эти достаточно нейтральных вопроса позволяли составить общее представление об отношении больного к затронутой теме и, в зависимости от обстоятельств, прекратить расспрос или же, напротив, продолжить его.

В беседе с психически больными недопустимы слащавость, лицемерие, фамильярность, ирония, снисходительный тон. О том, как могут реагировать больные на подобные фотэмы обращения, свидетельствуют следующие примеры. Когда одного больного спросили о том, кто из врачей лечил его раньше в одном из научно-исследовательских институтов психиатрии, тот нехотя ответил: "Ну женщина, вы ее, наверное, хорошо знаете, такая, с картонной улыбкой". В другом случае интеллигентная больная сказала своему лечащему врачу после того, как она была представлена на консультацию известному профессору: "Лучше бы он дал мне в морду, чем так со мною разговаривать". Профессор расспрашивал больную в иронически-насмешливом тоне. Недопустимы обман больного и недоверие к тому, что он сообщает врачу. Примером наиболее непростительного и вместе с тем достаточно распространенного обмана больных является положение, при котором врач, обследующий психически больного, представляется ему каким угодно врачом, но не психиатром. Такая недостойная игра в прятки всегда приносит только вред. За исключением больных, страдающих тяжелым органическим слабоумием, остальные больные в своем подавляющем большинстве не только легко и точно улавливают интонации беседы с ними, но и способны по одному содержанию задаваемых им вопросов быстро догадаться, кто их собеседник и за кого принимают их самих. Во время беседы врач может о чем-то умолчать, даже дать уклончивый ответ, как и в обыденной жизни, высказать мысль, не имеющую однозначного толкования, но ни в коем случае не следует идти на прямой обман. "Прямой неправды душевнобольной не забудет и не простит, в последнем случае врач надолго, если не навсегда, потеряет всякий престиж в глазах пациента" (П.Б.Ганнушкин, 1924). Больных угнетает, обескураживает, оскорбляет, раздражает, озлобляет недоверие врача к тому, что они ему сообщают. Недоверие врача не обязательно высказывается словами. Оно очень часто проявляется в ответных репликах или интонациях врача, в его мимике и манере держать себя. Все это не укрывается от глаз сознательных больных, которые зачастую наблюдают за своими собеседниками куда более внимательно, чем те за больными. Недоверие врача к сообщаемым больными фактам чаще всего встречается при стертых формах психических болезней. В этих случаях жалобы и высказывания больного не соответствуют представлениям врача об особенностях проявления той или иной болезни. Крайним случаем такого недоверчивого отношения врача к словам больного является представление, что больной "притворяется" с корыстными целями. Анализ врачебных ошибок свидетельствует, что при дифференцировке легких и тяжелых психических расстройств последние, как правило, диагностируются как легкие, но не наоборот. За исключением немногочисленных ситуаций, в первую очередь экспертных, когда психиатр может встретиться с аггравацией или с различными формами симуляции, в основе даже самых незначительных жалоб психически больных лежат реальные причины.

Неправильный расспрос, в частности, недоверие врача к тому, что ему сообщают о своем состоянии больные, наряду с оскорбляющим их достоинство поведением среднего и младшего медицинского персонала — наиболее частая причина агрессивных действий больных.

Для успеха беседы немаловажное значение имеют внешние формы поведения врача. Первоначально они должны быть, пожалуй, сдержанными. Излишняя экспрессивность, особенно когда с ее помощью хотят подчеркнуть мягкость, доброжелательное отношение, доброту и т.д., надеясь тем самым поскорее завоевать расположение больного, очень часто подводит, так как при этом легко утрачиваются естественность, простота и правдивость, столь ценимые психически больными. В случаях расспроса больного, находящегося в состоянии психоза, сдержанная манера поведения врача оправдывает себя на всем протяжении беседы. При расспросе сознательных больных она в последующем меняется в зависимости от обстоятельств. Дело в том, что у каждого психиатра существуют, если использовать слова П.Б.Ганнушкина, свои достоинства и недостатки, каждый отражает в беседе самого себя со всеми своими душевными качествами. Когда больной ближе узнает врача, начинает чувствовать или просто осознает, что ему хотят помочь, он способен очень многое простить врачу и относится великодушно к его человеческим, да и к профессиональным промахам. Только вот злоупотреблять этим великодушием врачу не следует. Если врач вдумчив, он всегда сумеет почувствовать, где и в чем он допустил при беседе ошибку.

Приступая к расспросу больного, всегда следует учитывать его отношение к собеседованию. У очень многих больных, составляющих контингенты как большой, так и малой психиатрии, по отношению к психиатру существует недоверие, настороженность, нередко просто нежелание подвергаться обследованию. У одних такое отрицательное отношение к беседе обуславливается выраженными психопатологическими расстройствами, в первую очередь бредом; у других (с пограничными и близкими к ним состояниями) — аномальными чертами характера, например, такими, как ранимость, обидчивость, робость или, напротив, самоуверенность, упрямство, капризность, склонность к раздражительности и реакциям оппозиции, нередко убежденность в том, что к психиатру их направили зря, в частности, когда предшествующее лечение у врачей других специальностей оказывалось безуспешным и т.д. Немалое значение в нежелании подвергнуться психиатрическому обследованию имеет и специфический психологический фактор. "Психиатров часто боятся, за ними оказывается какая-то власть, сущность и границы которой понимаются совершенно неправильно" (П.Б.Ганнушкин, 1964).*

Беседу с психически больным, вне зависимости от его состояния, вначале следует всегда проводить без посторонних — родственников или знакомых.

* Ганнушкин П.Б. Избр. труды. М.: Медицина, 1964, с. 259.

Нередко психиатры, особенно молодые, перед началом беседы обращаются к больным со словами, предназначенными их успокоить: "не волнуйтесь, возьмите себя в руки, сосредоточьтесь, не спешите" и т.д. Эффект от подобных слов очень часто бывает прямо противоположный тому, какой бы хотели получить. Не следует также прерывать речь больного подобными словами с целью ее активизации, когда он уже что-то начал говорить. Лучший способ побудить больного говорить — внимательно слушать его. Потребность высказаться перед врачом существует, в явной или в скрытой форме, у всех или почти у всех больных. Нередко больные и в начале беседы, и на ее протяжении могут заплакать. Многие психиатры начинают их при этом успокаивать. Здесь проявляется и сочувствие к больному, и стремление завоевать проникновенными, как кажется врачу, увещеваниями его расположение. Не следует успокаивать больного. Пусть поплачет. Во-первых, — это определенный симптом: ведь, как правило, плачут больные с легкими психическими расстройствами. Во-вторых, — и это немаловажное обстоятельство, — после того, как больной выплачется, ему в большинстве случаев становится легче. Совсем не редкость, когда выплакавшийся больной говорит затем о себе лучше, чем до этого.

Какой-либо схемы расспроса не существует. Содержание задаваемых врачом вопросов и их последовательность определяются психическим состоянием больного и привходящими условиями. В тех случаях, когда больной обращается к психиатру по собственной инициативе, — а это обычно свидетельство малой выраженности психических расстройств и сохранности в различной степени критического отношения к своему состоянию, — расспрос можно начинать фразой: "Почему Вы решили обратиться к психиатру?". В связи с тем, что очень многие постепенно или вяло развивающиеся психические болезни вначале почти постоянно, а скорее — всегда сопровождаются соматическими расстройствами, расспрос часто можно начинать с выяснения физического состояния больного. Если у больного имеется направление от врача другой специальности, отмеченные в нем факты могут стать отправной точкой беседы. Важно, чтобы первоначальное ее содержание, по возможности, касалось бы того, что может заинтересовать больного, и в то же время носило бы обыденный характер. У одних больных такой разговор может продлиться минуты, у других — затянуться. Умение перейти от начальных "нейтральных" вопросов к собственно расспросу о психическом состоянии требует определенного опыта. При расспросе любого больного лучше идти от выявления более легких психических расстройств, например,

характеризующих настроение, к выявлению более тяжелых, если, конечно, сам больной сразу не заговорит о последних. Легче всего получить сведения от больных с манифестным психозом и выраженным слабоумием: расстройств много, они отчетливы, и хотя бы о какой-то части психического статуса врач может получить нужные ему сведения. Сложнее всего расспрос больных с пограничными и близкими к ним состояниями, а также больных с начальными симптомами бреда и слабоумия. Расстройств мало, они часто "прикрыты" домыслами больных о своем состоянии и их сообщениями о всякого рода бытовых деталях, которые легко сбивают начинающего врача с толку.

Больных с манифестными психическими расстройствами (депрессивными, маниакальными, с преобладанием галлюцинаций, с растерянностью, с продуктивными формами помрачения сознания и т.д.) обычно можно расспрашивать при помощи прямо поставленных вопросов. Исключение составляют многие больные с бредом. Здесь часто встречается та или иная степень недоступности, и вопросы, во всяком случае вначале, лучше задавать в косвенной форме, как бы "наталкивая" больного на желание рассказать то, что он пытается скрыть. Так, если у больного заподозрен бред ущерба, то целесообразно вначале спросить его о доме, о квартире, о соседях. Редко больной с бредом ущерба удержится, чтобы не сказать при этом, что вот, мол, с соседями немного не повезло — хулиганят. Содержание "хулиганства" и составит цель дальнейшего расспроса — выяснения, в чем же это проявляется конкретно. Следует помнить, что очень многие больные в состоянии психоза и без него, вне зависимости от уровня своего интеллектуального развития и полученного ими образования, говорят о существующих расстройствах (бреде, депрессии, деперсонализации, растерянности и т.д.) весьма однотипно, используя примерно одни и те же слова, а нередко и выражения. Если, например, больной говорит: "Зачем Вам это знать?", "Я знаю и Вы знаете"; "Там все написано!"; "Вам и так все известно" — определение статуса как бредового является наиболее вероятным.

Психиатру необходимо запечатлевать в своей памяти различные картины болезненных состояний. Это запечатление должно быть преимущественно слуховым, чему помогают сами больные.

Об одних и тех же симптомах они часто говорят по-разному, но в этом "разном" очень нередко, если не всегда, можно отметить сходные выражения, определяющие то или иное расстройство. Улавливание на слух и запоминание таких сходных выражений, своего рода словесных "матриц", помогает достоверному определению того или другого симптома. Более того, рассказывая о своем психическом состоянии, больные нередко дают поразительно точные образные определения существующим у них психическим расстройствам: "У меня эфемерное состояние" (больной с деперсонализацией); "Я умом разговариваю" (больная с психическими автоматизмами); "Эта черная полоса в моей жизни" (больной сдепрессией); "Повторяющиеся моменты" (больной с пароксизмальными расстройствами) и т.д. Психиатр может использовать подобные высказывания не только как диагностический признак, но и как словарный элемент расспроса больного. Образные сравнения и точные слова, которые употребляются больными для определения своего состояния, как правило, близки и понятны им. Поэтому введение их в вопросы, задаваемые врачом, вполне допустимо. Это можно делать при расспросе как больных, находящихся в состоянии психоза, так и при расспросе больных с легкими и пограничными психическими расстройствами. Пользоваться такими словами психически больных следует осторожно, не перегружать ими свою речь и всегда избегать повторения шаблонных житейских изречений, которые нередко употребляют больные.

Если врач сумел выявить характер основных расстройств и достаточно определенно знает, что еще может сообщить ему больной, то позволительно задавать вопросы, на которые он сам хотел бы или мог бы ответить. Такого рода "предвосхищающие" вопросы больные обычно расценивают положительно, считая, что собеседник их хорошо понимает. Для больных с пограничными состояниями умело поставленный "предвосхищающий" вопрос — свидетельство высокой профессиональной квалификации врача и залог того, что их (больных) понимают правильно. Поэтому такие вопросы не должны бить мимо цели. Их следует использовать, уже достаточно разобравшись в состоянии больного, т.е. не в начале беседы. Если у врача появляется хоть малейшее сомнение в целесообразности "предвосхищающего" вопроса, самое лучшее — не задавать его. При расспросе многих больных, особенно с легкими психическими расстройствами, правомерны повторные, уже задававшиеся вопросы, в том числе и такие, в которые вводятся слова из ответа больного на предыдущий вопрос: "Вы сказали... повторите это еще раз". Больной обычно (если только это не больной с бредом параноидной структуры) воспринимает такой повторный вопрос доброжелательно и, отвечая повторно, нередко дает более детальный и точный ответ, от чего выигрывают обе стороны.

Тщательный расспрос, внимание к самым, казалось бы, незначительным жалобам больного — одна из тех важных причин, в силу которых

определенная часть больных, в том числе и с психическими расстройствами, предпочитает лечиться у гомеопатов, а в ряде случаев — у лиц, даже не имеющих медицинского образования. Последние нередко являются хорошими наблюдателями, а часто и психологами. Они обращаются к "я" пациента, сопереживают ему, входят в его интересы, настроение, желания. Поэтому они нередко помогают больным с теми пограничными психическими болезнями, где дипломированный врач может оказаться бессильным.

Беседу с больным часто следует направлять, задавая уточняющие вопросы. Делать это надо осторожно и не всегда сразу же после того, как больной сообщил тот или иной факт. Во многих случаях, в первую очередь при расспросе больных с пограничными или легкими психическими расстройствами, целесообразнее вначале выслушать больного, а затем, выделив основные уточняющие вопросы, задавать их. Большое число уточняющих вопросов, задаваемых сразу же по ходу беседы с целью выявить психопатологические тонкости, определенно мешают выявлению целостной клинической картины. Кроме того, обилие уточняющих вопросов сбивает больного с мысли и утомляет его. В первую очередь, уточняющие вопросы имеют своею целью иллюстрировать конкретным примером то или иное расстройство, о котором говорит больной. В других случаях врач просит объяснить ему, что больной подразумевает под тем или иным своим высказыванием. Например, что означают слова больного, когда он говорит: "За мною вся Москва ходит". Продолжительность диагностической беседы колеблется в весьма широком диапазоне времени — обычно от 10—15 минут до часа, редко несколько более. При прочих равных условиях первоначальный диагностический расспрос больных с симптомами манифестного психоза обычно не следует затягивать. Ведь основная цель такого расспроса — определение главных психопатологических симптомов, определяющих статус больного. Однако, в зависимости от привходящих условий, беседа здесь может и затянуться. Расспрос больных с пограничными состояниями почти всегда требует времени.

Продолжительная беседа утомляет. Утомляет не только врача, но и больного. О том, что больной во время беседы может устать, следует помнить всегда. Расспрос прежде всего ведется в интересах больного, а не в интересах врача, преследующего, например, цель научной разработки вопросов психиатрии. Расспрос всегда следует приноравливать к психическому состоянию больного. Больной имеет право изнурять врача вопросами. Врач, если клиническая картина болезни в целом ему ясна, должен отложить выяснение психопатологических тонкостей до другого раза.

"Была ли, и какая именно, система в опросе больных Ганнушкиным? Ее можно определить одним словом: индивидуализация. С одним больным он разговаривал до часа, другому задавал два-три вопроса. Одного больного он слушал молча, не прерывая и почти не задавая вопросов, высказывания другого больного он направлял, уточнял, корригировал. Тема разговора не всегда бывала о болезни и редко начиналась со стандартного вопроса — "На что жалуетесь?". С иными больными Ганнушкин вел разговор на тему, казалось, не относящуюся к болезни: о положении дел в учреждении, где работает больной, о литературе, о неслужебных интересах больного, даже о московских новостях. Не всегда впервые присутствующему на приеме молодому врачу были ясны смысл и цель такой беседы. Еще в работе "Постановка вопроса о границах психического здоровья" Ганнушкин писал, что совершенно не важна наличность симптома, а имеет значение лишь общая — качественная и количественная оценки — это составляло цель расспроса больного, к этому была приноровлена методика расспроса, каждый раз индивидуализированная, чуждая шаблона и схемы".*

Умелый расспрос психически больного обеспечивает не только успех в получении необходимых врачу клинических фактов. Это в очень большом числе случаев одновременно и положительное психическое влияние. Сознательные психические больные всегда, а больные с психозами нередко хорошо запоминают, как с ними разговаривали. Диагностическая беседа для очень многих больных становится одновременно и началом психотерапевтического воздействия. Умение сочетать в диагностической беседе с психически больным оба эти направления всегда отличали лучших психиатров.

Расспросу как основному методу исследования в психиатрии необходимо обучаться не менее настойчиво, чем обучаются различным методам исследования в других разделах клинической медицины. Пожалуй, даже более настойчиво, так как искусство беседы много сложнее любого другого метода. Овладение расспросом подразумевает умение задавать точные вопросы в наиболее приемлемой для разных больных форме на протяжении всей беседы, и как результат — получение сведений, позволяющих делать соответствующие медицинские и другие выводы. Желание врача овладеть методом расспроса неотделимо от необходимости познать в какой-то степени самого себя, чтобы установить, какие свойственные врачу характерологические черты мешают его общению с

*Кербиков О.В., Ганнушкин П.Б. Избранные труды. М.: Медицина, 1964, с. 19.

больным, а какие, напротив, помогают такому общению. Постоянное самонаблюдение — неотъемлемая черта психиатров. Некоторые характерологические свойства врачей-психиатров, затрудняющие расспрос, такие как напористость, нетерпение, при желании чаще удается корригировать. Другие— например, склонность к иронии, самонадеянность, прямолинейность, категоричность, упрямство, чувство своего превосходства, корригируются с очень большим трудом. Но и наличие, казалось бы, положительных качеств характера не всегда помогает расспросу. Чувство юмора считается одним из ценных человеческих свойств. Очень часто оно сосуществует с терпимостью, мягкостью, покладистостью и добротой. Но далеко не во всех случаях юмор помогает в беседе. Так, при расспросе больных с шизоидными чертами характера или, больных подростково-юношеского возраста юмор в беседе — почти всегда наносит вред. Доброжелательная заинтересованность и способность к сопереживанию всегда отличали лучших психиатров. Однако любое из этих качеств может проявиться "в избытке" и обернуться фальшью, которая тотчас будет замечена больным. Поэтому психиатр, желающий научиться расспросу, должен постоянно вести как бы две линии в своем исследовании —линию исследования больного и линию анализа своего собственного поведения и высказываний. Сделанные во время беседы промахи часто нетрудно заметить и тотчас своевременно скорригировать. В других случаях промахи становятся очевидными лишь позже, и их всегда следует запоминать. Опыт облегчает психиатру такое двойное наблюдение, и оно производится со временем без труда.

Начинать беседу, как об этом уже говорилось, лучше в сдержанных тонах. Такая манера позволяет скрыть свои личные недостатки. Сдержанность лучше всего компенсировать точными и нешаблонными вопросами, т.к. они быстро дают возможность больному почувствовать или просто понять, что за внешней сухостью кроется знание дела и нестандартный подход,— то, что больные всегда ценят более всего. Раз больной это почувствовал, врач может держаться свободнее. Больной готов не заметить огрехи беседы.

Научиться расспросу самостоятельно — трудное дело. Ему начинающий психиатр должен во многом учиться у своих старших товарищей. Для этого необходимо усваивать не только то, как они анализируют болезненные расстройства, на что обычно молодые врачи устремляют в первую очередь свое внимание, а в неменьшей степени следить, как они добывают сведения для этого своего последующего анализа. На первых порах можно пользоваться некоторыми техническими приемами, заимствованными у тех, кто хорошо ведет расспрос. Ограничиваться этим нельзя. 'Это все равно, что ходить в одежде с чужого плеча. Необходимо выработать, а затем совершенствовать свою манеру расспроса, приноровленную и к имеющимся знаниям, и к своим человеческим качествам. Во время расспроса врач всегда наблюдает за больным. Мимика, движения, речь, манера держать себя как сами по себе, так и возникающие в ответ на задаваемые больному вопросы, дают врачу представление не только о психическом состоянии пациента. Очень часто с их помощью врач способен предугадать неожиданный поворот в содержании беседы, вовремя и правильно на это отреагировать, получить представление о том, какие новые вопросы и в какой форме следует задавать больному. Очень часто уже по одному внешнему виду больного врач способен в общих чертах дать правильную оценку его настоящего психического состояния, а в ряде случаев высказать правильные диагностические предположения: гиперметаморфоз (сверхотвлекаемость внимания, т.е. непроизвольное, кратковременное привлечение внимания к предметам и явлениям, обычно не замечаемым) и аффект недоумения позволяют думать о растерянности; сохранность внешних форм поведения и небольшого числа привычно шаблонных речевых оборотов у лиц пожилого возраста — заподозрить наличие расстройств памяти и т.д.

Расспрос и наблюдение — взаимодополняющие методы исследования в психиатрии. И тем не менее именно расспрос имеет решающее значение в обследовании и разрешении вопросов диагностики. О том, что психиатр должен "слухом" запечатлевать различные картины психических болезней, говорилось выше. Это положение подтверждается в эксперименте (R.E.Kendell, 1973). Пятиминутная беседа с группой, состоящей из 28 больных, была записана на видеомагнитофон, магнитную пленку, воспроизводилась в виде обычной записи. Затем эти три формы сведений были представлены группе квалифицированных психиатров. Те из психиатров, которые имели в своем распоряжении только запись на магнитной пленке или обычную запись, обнаружили точность диагностических решений, не отличавшуюся от той, которую показали психиатры, просмотревшие видеофильм. При этом оказалось, что 44% признаков, которые были выделены в качестве важных для постановки диагноза теми, кто использовал видеофильм, относились к особенностям поведения. Последние не были известны остальным двум группам психиатров. Но так как диагнозы тех, кто пользовался магнитной записью или просто читал содержание бесед с больными, и диагнозы тех, кто смотрел видеофильм, были одними и теми же и ставились с одинаковой убежден-

ностью, было сделано заключение, что признаки, относящиеся к поведению, были вообще излишними, и что психиатры, как правило, опираются в своей диагностике на то, что они слышат от больных, и не слишком на то, как себя больные ведут.

Первоначально расспрос в большинстве случаев имеет своей целью выявление клинических факторов, раскрывающих психическое состояние больного в данный момент. Хорошо написанный и правильно квалифицированный психический статус дает возможность не только целенаправленно собирать затем анамнестические сведения, но во многих случаях позволяет делать и правильные диагностические предположения. "П.Б.(Ганнушкин) рассказывал, что в первые годы работы в клинике, ведя амбулаторный прием, он и С.А.Суханов не раз состязались в том, чтобы, описав статус больного, поставить диагноз и только потом уже, собрав анамнез, проверить правильность своего предположения. П.Б. пришел к убеждению, что хорошо собранный статус в достаточной мере говорит о диагнозе. Когда в последующие годы П.Б. докладывали больных, его внимание особенно оживлялось, когда история болезни подходила именно к этой части."*

Обычно анамнестические сведения собирают, идя от прошлого больного к его настоящему. Иногда, например, у больных с бредовыми расстройствами, анамнестические сведения собирают, идя от настоящего к прошлому. Канвой анамнестического расспроса являются события обыденной жизни больного с момента его рождения. На них накладываются в хронологической последовательности выявляемые психопатологические расстройства. В психиатрии, в противоположность другим медицинским дисциплинам, часто очень трудно разграничить анамнез жизни и анамнез болезни. При эндогенных заболеваниях, психопатиях,токсикоманиях, олигофрениях, во всех случаях раннего начала психической болезни жизнь и болезнь тесно переплетаются между собой, а характеризующие их сведения становятся единым целым. В таких случаях некоторые психиатры (А.В.Снежневский) говорят о биографическом анамнезе. Обнаруживая в прошлом больного психическое расстройство, психиатр в своем расспросе следует за ним, отмечая последующие особенности его проявлений, видоизменений, усложнения другими психопатологическими симптомами и одновременно оценивает их влияние на различные стороны жизни больного. Постепенно анамнез приближается к настоящему психическому состоянию и сливается с ним. Настоящее психическое состояние — это своего рода завершающий кадр, снятый крупным планом. В анамнезе следует искать прежде всего расстройства того круга, которые существуют у больного в настоящее время. Одновременно выявляют возможность существования в прошлом как расстройств, относящихся к более тяжелому кругу поражения, так и расстройств более легкого круга, чем те, что обнаруживаются в статусе.

* Шульман Е.Д. Амбулаторный прием П.Б.Ганнушкина. — В кн.: Труды психиатрической клиники I ММИ. М.-Л.: Биомедгиз, 1934, с. 32.

При сборе анамнестических сведений необходимо выяснить особенности препсихотической (преморбидной) личности больного и те характерологические изменения, которые в ней произошли за время болезни. Отмечают особенности реагирования прежде здоровой и в последующем больной личности на различные жизненные обстоятельства, в частности, на психические травмы. Описание личности больного человека в ее статике и динамике, пожалуй, самый трудный раздел психиатрического анамнеза. Легче всего получить схему характера — "добрый, покладистый, общительный, энергичный" и т.д. Желательно стремиться к тому, чтобы эти столь общие для многих совершенно разных людей черты имели свои индивидуальные признаки. Поэтому сведения о характере следует выявлять не с помощью прямо поставленных вопросов "был общителен, замкнут" и т.д., а на основании вопросов, основанных на знании фактов повседневной жизни больного — в кругу семьи, по месту учебы или работы, в условиях различных жизненных обстоятельств и т.д. Именно при описании личности больного от психиатра в наибольшей степени требуется "понимание людей, как результат глубокого знания жизни" (W.Griesinger).

При сборе анамнеза обращают внимание не только на перенесенные соматические болезни и другие экзогенные вредности, например, алкоголизм, но и на то, какое влияние они оказывали на психическое состояние больного. В связи с тем, что в возникновении и развитии многих психических болезней важное значение имеют так называемые критические возрастные периоды — пубертатный, инволюционный, старческий, при сборе анамнестических сведений им всегда уделяется особое внимание. Введение в психиатрическую практику лечения психотропными средствами обязательно требует подробного сбора терапевтического анамнеза.*

Во многих случаях субъективный анамнез обладает очень высокой степенью достоверности. Больные поразительно точно, с соблюдением хронологической последовательности, описывают имевшиеся у них в прошлом психопатологические расстройства и сообщают другие анам-

' Термин "Терапевтический анамнез" введен Г.А.Захарьиным.

нестические сведения. Кроме того, об очень многих психических нарушениях можно узнать лишь от самих больных. О чем больные никогда не в состоянии сообщить полные и объективные сведения, так это о своих характерологических особенностях. Однако и здесь они могут привести отдельные факты, о которых не знает никто. Вместе с тем на сведения, сообщаемые больными о своем прошлом, постоянно оказывают влияние существующие у них в период расспроса психические расстройства. Это влияние может быть столь значительным, что сбор анамнеза превращается по существу в описание настоящего психического статуса больного. Именно поэтому, субъективный анамнез всегда необходимо дополнить данными анамнеза объективного. "В целом ряде случаев... объективный анамнез является решающим для установления того или иного клинического диагноза".*

С целью получения объективных сведений о больном производят расспрос лиц его ближайшего окружения — родственников, знакомых, сослуживцев. Такой расспрос, особенно родных, необходимо проводить с соблюдением большинства тех же правил, что и расспрос психически больных. Наиболее полные сведения чаще всего сообщают матери; о больных пожилого возраста — дочери. Расспрос родственников следует вести по одиночке. При их совместном расспросе вопрос, адресованный к одному из них, часто вызывает одновременный ответ другого родственника, стремление уточнить ответ того, кто говорит с врачом, обращение за ответом родственника, которому адресован вопрос, к другому родственнику и т.п. Все это запутывает беседу и удлиняет ее. Нередко при совместном расспросе родственников между ними возникают разногласия, споры, обвинения друг друга в невнимательном отношении к больному в прошлом и т.д.

При сборе объективного анамнеза врач сверяет правильность фактов, сообщенных ему больным, и получает те сведения, о которых больной по той или иной причине ничего не сказал или о которых он умолчал, несмотря на то, что такие вопросы ему задавались. Последовательность сбора объективного анамнеза различна. Расспрос можно вести в хронологической последовательности от прошлого к настоящему. Однако во многих случаях расспрос можно начинать и с выяснения особенностей настоящего психического состояния больного. Такая последовательность в сборе объективных сведений имеет определенные преимущества. Начиная расспрос родственника с выяснения особенностей настоящего психического состояния больного, психиатр тем самым делает цель расспроса наиболее понятной родственнику. Тем более, что родственник, сопровождающий больного, сплошь и рядом является также инициатором визита больного к психиатру. Родственник понимает, что с близким ему человеком происходит что-то необычное. Он хочет знать, что это такое, какова причина возникновения необычных явлений, и узнав, что речь идет о болезненном психическом состоянии, ждет его диагностической оценки. В задачу же психиатра входит не только получение необходимых ему о больном сведений, но и одновременное выявление степени понимания родственником имеющихся в настоящее время у больного расстройств. Врач как бы оценивает в такой беседе психический статус лица, сообщающего ему объективные анамнестические сведения. Поэтому во время беседы родственнику следует дать возможность полнее высказаться. Не следует забывать, что среди родственников психически больных не так уж и редко встречаются психические отклонения, которые должны обязательно учитываться, так как от этого зависят степень достоверности объективного анамнеза, доверительность отношений между врачом и родственником, способность родственника оказывать на больного нужное влияние, успешность проведения больному терапии в условиях амбулатории и т.д. Расспрашивая родственника, правомерно разъяснить ему смысл ряда задаваемых врачом вопросов и дать объяснение по поводу доступных его пониманию психических расстройств, наблюдаемых у больного. Не бывает родственников, которые бы совсем ничего не понимали в состоянии больных. Даваемые врачом разъяснения позволяют родственнику стать как бы соучастником диагностического процесса. Родственник понимает, что ему верят и что его сведения важны. У него появляется доверие к врачу. Все это активизирует его прошлые воспоминания о больном, позволяет сообщать новые анамнестические сведения, до этого забытые или казавшиеся не стоящими внимания.

Вместе с тем необходимо помнить, что не существует родственников, чьи наблюдения, оценки и реакции на поведение и высказывания больных не нуждались бы в коррекции. Та или иная степень недопонимания родственником существующих у больного расстройств связана не только с особенностями его психического склада, но и с отсутствием у него нужного опыта в знании болезни близкого человека. Важное значение имеет темп развития болезненного процесса. Вяло протекающие психические болезни, проявляющиеся преимущественно постепенными характерологическими изменениями, особенно при наличии врожденного психопатического склада, когда болезнь, по выражению П.Б.Ганнуш-

Ганнушкин П.Б. Избранные труды. М: Медицина, 1964, с. 31.

кина, "как бы вырастает из характера", представляют очень большие затруднения для их правильной оценки, даже в тех случаях, когда больные являются родственниками врачей-психиатров.

Расспрос о генеалогии больного лучше производить под конец беседы, когда между врачом, с одной стороны, больным и его близкими — с другой, устанавливаются доверительные отношения. Значительная часть не только самих больных, но и их близких нередко уклоняются от разговоров на эту тему, а также способны сообщить неправду, несмотря на хорошее знание истинного положения вещей. Врач всегда должен показать родственнику, а в ряде случаев и самому больному, почему его интересует этот вопрос: во-первых, знание генеалогии помогает установлению правильного диагноза, что всегда имеет для родственника первостепенное значение, ибо ассоциируется с правильным лечением; во-вторых, знание генеалогии позволяет врачу обоснованнее говорить о прогнозе болезни — о чем его обычно спрашивают вслед за вопросом о диагнозе. В действительности сбор анамнестических сведений почти всегда начинается с выяснения генеалогических данных. Такому положению много способствует принятая в психиатрии форма написания истории болезни: раздел, касающийся генеалогии, предваряет анамнез жизни и болезни.

Объективный анамнез — самостоятельный раздел истории болезни. Описываемые в нем факты не должны объединяться, а тем более перемешиваться с фактами, получаемыми при расспросе больного. Всегда необходимо точно знать, что сам больной говорит о себе и что о нем говорят знающие его люди. Если существуют объективные сведения со слов ряда лиц, их можно объединить в один анамнез, но при условии, что врач выделяет сведения, сообщаемые каждым расспрашиваемым. При этом один анамнез, наиболее полный, берется за основу, а остальные анамнестические сведения вносятся в него по ходу описания. При таком "сводном" анамнезе обязательно следует знать, что говорят о больном его родные — это характеризует их самих.

В тех случаях, когда психическо,е заболевание проявляется в сравнительно легкой форме — без симптомов психоза, — в амбулаторных условиях целесообразнее первым расспрашивать больного. При наличии манифестного психоза первым лучше расспрашивать родственника. Смотря по обстоятельствам, по окончании диагностического расспроса врач сообщает свои рекомендации или одному родственнику (состояние выраженного психоза и отсутствие у больного сознания болезни), или же, что встречается много чаще, родственнику (предварительно обо всем уведомленному) и больному, приглашая для этого обе стороны для совместного заключительного разговора.

Клиническому психиатрическому исследованию помогает ознакомление врача с письмами больных, их дневниками и самоописаниями болезненных расстройств, а также с различными видами их художественной творческой деятельности (рисунки, стихи и т.п.).

Физическое (соматическое) обследование поступившего в стационар больного вначале производится самим психиатром. Оно начинается с общего осмотра всего тела больного. В целом осмотр мало отличается от такового, производимого в клинике внутренних болезней. Некоторое отличие состоит, пожалуй, в более внимательном исследовании всей поверхности кожи больного. Здесь могут быть обнаружены кровоподтеки и следы различных повреждений, в том числе порезов, имеющих разную давность, что и необходимо отметить. Следует описать расположение и некоторые особенности татуировки, если она имеется. Осмотр шеи позволяет обнаружить следы странгуляционной борозды. Всегда следует осмотреть голову больного — не только кожу лица, но и кожу волосистой части, а также язык и слизистую полости рта (рубцы, наличие следов прикусов). Следует обратить внимание на состояние костной системы. Это позволяет обнаружить скрытые их повреждения. Если есть возможность, по ходу исследования выясняют причины обнаруженных симптомов; если такой возможности нет, необходимые данные получают от близких больного или от медицинского персонала, имевшего с больным дело до его поступления в стационар.

Психиатрическая история болезни

История болезни — учетно-оперативный документ, составляемый в стационарных и амбулаторных медицинских учреждениях: предназначен для регистрации сведений о болезни, ее диагнозе, развитии, исходе, лечебно-профилактических мероприятиях, проведенных больному за время его лечения и наблюдения медицинским учреждением. История болезни — не только медицински и, но также — научный и юридический документ.

Основу психиатрической истории болезни составляют данные субъективного и объективного анамнезов, психический статус и дневники наблюдений, ведущиеся врачом и дополняемые сведениями, получаемыми со слов и по записям среднего медицинского персонала. Нередко врач пополняет дневник наблюдений, пользуясь устными сведе-

ниями, получаемыми от младшего медицинского персонала, а также от лиц, посещающих или сопровождающих больного. Психиатрическая история болезни, особенно составляемая в стационаре, всегда отличается значительным объемом, что связано с особенностями метода исследования, проявлениями и продолжительностью психических болезней. Форма письменного изложения получаемых врачом сведений, отражающих психический статус больного и его анамнез, зависит от условий, в которых происходит расспрос (амбулаторно или в стационаре), а также от личных качеств врача, в первую очередь его способности воспринимать услышанное, умения отбирать нужные клинические факты и запоминать их. Не следует забывать, что психиатрический расспрос постоянно влечет за собой утомление врача и как следствие — снижение его впечатлительности к тому, что ему говорит больной. Поэтому каждый психиатр вырабатывает свою собственную манеру записи сведений, получаемых им от больного и близких ему лиц.

В амбулаторных условиях, где расспрос больного обычно непродолжителен, а цель — определение в первую очередь особенностей его психического статуса, на основании которого принимаются практические решения — лучше записать все или почти все полученные о больном сведения после того, как беседа с ним окончена. В условиях стационара, где составляется развернутая история болезни и где необходимо собрать подробные анамнестические сведения, врач обычно не в состоянии запомнить все, о чем говорит ему больной. При стационарном исследовании позволительно, а часто просто необходимо, делать по ходу беседы отдельные записи, представляющие своего рода конспект анамнеза, на основе которого позже составляется подробное описание картины болезни. Однако эта возможность зависит от обстоятельств, определяющихся в первую очередь состоянием больного. Этот способ обычно используется при сборе субъективных анамнестических сведений.

На основании полученных о больном фактов (субъективный и объективный анамнезы, описание психического статуса, результаты лабораторно-инструментального исследования и др.) составляется история болезни.

В паспортной части психиатрической истории болезни всегда следует указать не только адрес больного, но и адреса его ближайших родственников, а в ряде случаев хороших знакомых или сослуживцев.

При написании психиатрической части истории болезни — анамнеза и психического статуса — нельзя пользоваться психиатрической терминологией, которая дает квалификационную оценку психическим расстройствам. Дело в том, что психиатры сплошь и рядом вкладывают в используемые ими термины свое особое содержание, а это приводит к тому, что за терминами скрываются понятия, лишенные единства. Описательный метод делает историю болезни объективным документом, ценность которого не утрачивается со временем.* В тех случаях, когда врач совершает диагностические ошибки при первоначальном анализе заболевания в связи с тем, что неправильно квалифицирует то или иное расстройство, он в состоянии найти эти свои ошибки при последующем анализе непредвзято описанных им фактов. Описательный метод позволяет создать индивидуальную картину заболевания. При написании истории болезни желательно использовать простые выражения, избегать слов, заимствованных из иностранных языков, метафор, образных сравнений. В тех случаях, когда сам больной употребляет слова и выражения, точно характеризующие его состояние, их следует вводить в текст. Однако злоупотреблять этим также не следует.

Если анамнез пишется по достаточно определенной схеме, в основу которой кладется развитие симптомов болезни, соотнесенное с жизнью больного в их хронологической последовательности, то для описания психического статуса всегда выбирается индивидуальный план. Он определяется особенностями психического состояния больного. В психическом статусе может соблюдаться лишь известная последовательность в изложении клинических фактов. Следует стремиться начинать описание психического статуса с тех расстройств, которые являются в картине болезни основными. Если они отражаются на внешнем облике больного, в частности на его поведении, то это желательно отметить прежде всего. Затем переходят к описанию субъективных расстройств. Одни психиатры предпочитают описание психопатологических симптомов по группам: например, сначала излагаются особенности аффекта, затем — бреда, затем — двигательных нарушений и т.д. Другие — описывают расстройства в той последовательности, в какой о них говорят сами больные. Оба эти способа могут сочетаться. В первом случае представляется возможность точнее выявить детали психического состояния, но само описание будет более схематичным и субъективным, так как сам

* Н.М.Жариков — заведующий кафедрой психиатрии им. С.С.Корсакова, любезно предоставил возможность ознакомиться с несколькими историями болезни, написанными первым ординатором клиники С.Н.Успенским в 1887 году. В историях болезни все психопатологические симптомы излагались в описательной форме. Их ретроспективная квалификация с позиций современных знаний не представляла затруднений.

психиатр группирует расстройства. Во втором — есть риск пропустить отдельные нарушения, но вместе с тем статус будет написан с большей объективностью, в нем точнее отразится целостная, не члененная на детали картина болезни. Второй способ написания психического статуса удобнее для опытного психиатра.

Не следует перегружать статус упоминанием тех расстройств, которые отсутствуют. В одних случаях о том, что их нет, свидетельствуют сведения, сообщенные больным о своем прошлом и настоящем. Это касается, например, состояния ясности сознания, памяти, интеллекта и т.д. В других — отсутствие психопатологических симптомов основывается на вопросах, призванных их выявить — наличие бреда, галлюцинаций, припадков и т.д. Когда врач прямо пишет о том, что больной "бреда не высказывает, галлюцинации отрицает", он тем самым помимо желания придает своему исследованию большую убедительность и этим способен притупить и свое собственное внимание и, особенно, внимание другого врача в отношении тех расстройств, которые больные могут первоначально скрыть. Лучше уж писать об отсутствии того или иного расстройства, используя обороты, выражающие сомнение — "идей о постороннем воздействии как будто нет".

При написании истории болезни психиатры нередко используют слова, лишенные точного смысла, или слова, являющиеся канцеляризмами. Употребление тех и других во всех случаях ухудшает качество написанного, а в части случаев просто приносит вред. Вот некоторые из таких слов, без которых история болезни всегда выигрывает.*

"А д е к в а т н ы й, н е а д е к в а т н ы й" применяется для характеристики эффективности, ответов или поведения больного: "аффективно адекватен, ответы адекватные (неадекватные), поведение неадекватно ситуации" и т.д.

"Д и с т а н ц и я" применяется обычно для характеристики поведения больного во время беседы с врачом: "держится без чувства дистанции".

"К о н т а к т и р у е т, к о н т а к т н ы й, к о н т а к т" применяются с целью показать манеру больного разговаривать с врачом, другими больными, реже с обслуживающим персоналом; часто сочетаются со словами "формально" и "по существу" (см. ниже); "контакт формальный, контактирует охотно с больными, по существу неконтактен".

* В клинике кафедры психиатрии ЦИУ, руководимой А.В.Снежневским, существовал список слов и выражений, которые считались неприемлемыми при написании историй болезни.

"Ф о р м а л ь н ы и" предназначается для определения качества ответов больного, его критического отношения, особенностей общения: "ответы формальные, формально относится к своему состоянию, формален в общении".

"С в о е о б р а з н ы и" употребляется для качественных характеристик самых различных феноменов: "статус больного полон своеобразия; высказывания (мышление и речь), поведение, манера держать себя — своеобразны".

"Н е л е п ы и" чаще всего употребляется для качественной оценки бреда и поведения: "поведение нелепо, высказывает нелепый бред".

"Я р к и й, к р а с о ч н ы й" обычно используются для качественной оценки бреда, галлюцинаций, некоторых форм помрачения сознания: "яркий бред величия, красочные (яркие) галлюцинации, красочно описывает свой полет в космос".

"П о с у щ е с т в у, н е п о с у щ е с т в у" эти слова используют чаще всего для характеристики высказываний больного: "речь, ответы не по существу, контакт по существу".

"П ы ш н ы и" используется обычно для характеристики бреда: "высказывает пышный бред величия".

"В к л ю ч и л с я" обычно используется для определения деятельности больного в стенах больницы, реже — по выписке больного домой: "включился в трудовые процессы, в трудовые процессы включить не удается".

"Н а ш б о л ь н о й" — оборот, подчеркивающий доверительность.

"З а я в л я е т" — слово, которое часто призвано подчеркнуть такую манеру высказывания больного, в которой имеется неуместное или даже вредящее в деле оказания ему медицинской помощи, притязание: "заявляет, что ему пора выписываться, прекратить лечение, что ему незачем включаться в трудовые процессы".

"Я к о б ы" — слово, свидетельствующее о скрытом или явном недоверии врача к тому, что ему сообщает больной или его близкие; чаще всего относится к таким расстройствам, как бред, галлюцинации, припадки, амнезия: "якобы высказывал бредовые идеи, якобы были припадки, якобы ничего не помнит о случившемся".

"Д е м о н с т р а т и в н ы и", "д е м о н с т р и р у е т" — слова, очень часто содержащие либо моральное осуждение — "демонстративно отказывается от приемов пищи, участия в трудовых процессах, обследования", "демонстрирует свое безразличие", либо подразумевающие притворство, обычно не лишенное корысти: "демонстративно сообщает о якобы бывших у него галлюцинациях".

"Претенциозный" — слово, обычно употребляемое для характеристики преморбидных особенностей больного или его манеры поведения во время беседы с врачом: "рос и развивался эгоистичным и претенциозным"; "держится претенциозно"; как правило, имеет оттенок морального осуждения больного.

"Установочный" — слово, употребляемое обычно для характеристики высказываний больного и его поведения, с целью подчеркнуть их несоответствие с тем, отвечающим истинному положению вещей мнением, которое сложилось у врача о больном; чаще сопровождается интонацией морального осуждения или пренебрежения; реже призвано отразить тонкость врачебного наблюдения. "Установочный" — это еще не аггравация и тем более не симуляция, но слово, используемое для того, чтобы показать, что больной задумал провести врача.

"Планы, планировать" — слова, используемые с целью выяснить намерения больного относительно его последующего образа жизни; часто применяются в отношении больных, находящихся в состоянии психоза: "имеет реальные планы на будущее, планирует перейти на новую работу, конкретных планов не имеет".

Перечисленные и другие, подобные им более редко используемые слова, всегда мешают возможности дать точные описания и делать выводы, оставаясь непредвзятым наблюдателем и исследователем. Предвзятость, наряду с незнанием и самоуверенностью, — наиболее частые причины ошибок в психиатрии. Представителям медицинской дисциплины, в которой слово играет первостепенную роль, не следует относиться к нему равнодушно.

Основоположники отечественной психиатрии никогда не пользовались перечисленными выше словами и выражениями. От этого их описания картин психических болезней не страдали. Для иллюстрации можно привести описания психического статуса больных, исследованных П.Б.Ганнушкиным во время амбулаторного приема, проводившегося им в 1901—1906 гг.

История болезни №215, 1904г. "Больной неаккуратен в костюме, пришел в приемную в шляпе. Говорит, что думает, что его за какое-то преступление посадят в тюрьму. Чувствует себя скверно; "скорее помереть что-ли, — говорит больной, — покончить расчеты с земными благами". Собирается петь в церкви за дьячка — у него голос хороший, театральный, может быть, он даже поступит в театр вместо Шаляпина, у него сильные верхи. Память у него хорошая, но день и число назвал не совсем правильно. Собирается купить дом, где живет, завести кур, гусей, голубятню, собирается расширить торговлю, прибавить служащих — завести молодцов, мальчиков. Ведет себя непринужденно".

В данном статусе обыденными словами описаны: явное расстройство критических способностей, нарушение принятых форм поведения, легкое нарушение памяти, изменчивый аффект и противоречивые по содержанию высказывания, часть из которых могут быть расценены как близкие к бреду экспансивного содержания. Диагноз органического заболевания головного мозга не вызывает сомнений.

История болезни №1,1903 г. "Больной пожелал говорить с врачом наедине. Говорит, что у него дурное, мрачное настроение, испытывает он чувство тяжести в голове, чувствует, что ему трудно подыскивать и даже выговаривать слова, что сопровождается "специфическим ощущением" в передней части головы. С год назад он стал бояться сношений с людьми, боится, что его обидят, боится столкновений с окружающими. Благодаря этому он испытывает чувство страха, уединялся от людей. Замечает, что у него слабеет память, особенно в отношении недавних событий. Он уверен, что не поправится, боится сойти с ума; иногда является мысль о том, что лучше даже не жить. Такое дурное настроение держится у него год, полтора, но каждый день тяжелее делается к вечеру. Замечает ослабление своей мыслительной способности: он теперь совершенно не в состоянии овладеть предметом. Одно время, теперь этого уже нет, он "рылся" в своей душе, стремился отыскать в себе дурное, старался быть лучше. Он склонен думать, что причиной его ощущений в голове являются приливы к голове. Мыслей о постороннем влиянии нет. Иногда окружающие или встречные словно смеются над ним, говорят про него. Галлюцинации отрицает".*

В статусе больного отмечены несистематизированные бредовые идеи преимущественно параноидного и в меньшей степени депрессивного содержания, подавленно-тревожный, иногда усиливающийся до страха аффект, сознание болезненности многих имеющихся расстройств, мучительный самоанализ. Если перечисленные расстройства усилятся, появится либо бредовое настроение, либо растерянность, а может быть то и другое. Описание свидетельствует о выраженной остроте состояния. Можно не согласиться с предложенными оценками психического состояния обоих больных. Важно, что описание дает о них объективные сведения, которые можно анализировать.

В психиатрическую историю болезни вносятся также данные осмотра больного — сомато-неврологического обследования, осуществляемого самим психиатром, а при необходимости врачами-консультантами, данные лабораторного и всех других, проводимых при необходимости видов исследований (психологического, электроэнцефалографи-

* Шульман Е.Д. Амбулаторный прием П.Б.Ганнушкина. Труды психиатрической клиники I ММИ. Биомедгиз. М.-Л., 1934, с. 33—34.

ческого и т.д.). В дневниках истории болезни записывается проводимое больному лечение и его влияние на психическое состояние больного. В историю болезни вносятся данные, отражающие исход болезни, и данные трудоспособности больного — ее сохранение или степень утраты. При выписке больного из стационара в историю болезни записывают, кем и куда выписан больной. Здесь же указываются лечебные (медикаментозные) и бытовые рекомендации. В случае смерти в историю болезни вносят данные патологоанатомического вскрытия.

ГЛАВА V.

ДИАГНОСТИКА В ПСИХИАТРИИ

"Qui bene diagnoscit — bene curat".

С.П.Боткин.

Диагностика — раздел клинической медицины, изучающий методы исследования больного с целью распознавания болезни. Термин "диагностика" включает также весь процесс изучения больного и рассуждений врача. "Диагностика, как часть клинической дисциплины, состоит из трех отделов:

1) врачебной диагностической техники, изучающей методы исследования больного;

2) семиологии, определяющей диагностическое значение и механизмы симптомов болезни;

3) методики диагноза, изучающей особенности мышления для правильного распознавания заболевания".*

Разделение диагностики на отделы оправдано в дидактических целях. Однако на практике все они вовлекаются в диагностический процесс одновременно, так как являются взаимосвязанными. Только степень этого вовлечения отделов на разных этапах диагностики различна. Особенности семиотики психических болезней определяют методы их исследования. В свою очередь особенности мышления врача зависят от предмета познания, которым является семиотика психических болезней. Конечной целью процесса диагностики является нозологический диагноз — врачебное заключение о сущности заболевания и состояния больного, выраженное в терминах современной медицинской науки.

В деятельности врача любой клинической дисциплины, в том числе и в психиатрии, нозологический диагноз совершенно необходим. Однако в вопросе нозологической диагностики психиатрия занимает особое место. Этот факт объясняется тем, что психиатрические диагнозы во многих случаях оказываются ненадежными. Не только в пределах разных стран, но и среди психиатров одной страны у одних и тех же больных диагностируются различные психические болезни. Так диагноз шизофре-

* Василенко В.Х. "Диагноз". ММЭ, М, 1966, т. 3, с. 411.

нии является очень распространенным среди части американских психиатров, в то время как среди другой части психиатров этой же страны, а также среди психиатров Англии этот диагноз встречается много реже. В то же время диагноз маниакально-депрессивного психоза, срав^ нительно редкий в США, имеет очень широкое распространение в английской психиатрии. Психиатры московской школы очень широко пользуются диагнозом "шизофрения", в то время как психиатры ленинградской школы резко сужают границы этого диагноза, предпочитая диагностировать у тех же больных органические заболевания головного мозга и реже психозы реактивного и экзогенного генеза. Ненадежность диагнозов в психиатрии нередко влечет за собой врачебные ошибки. Специальных работ, посвященных их анализу и частоте, нет. В начале текущего столетия E.Kraepelin со свойственной ему прямотой и честностью сказал как-то, что среди первоначально установленных им диагнозов в последующем примерно лишь 2/3 оказались правильными. Совпадение диагнозов психиатров, принадлежащих к одной национальной школе, редко превышает 60—65% (M.G.Sandifer и соавт., 1968).

Сами психиатры по-разному относятся к создавшемуся положению. Часть из них, в первую очередь те, кто сильнее всего испытывает влияние той или иной традиции, в том числе те, кто связан специфическими условиями работы, например, многие психиатры, работающие в области судебной психиатрии, обычно преуменьшают значение проблемы или даже отрицают ее. По их мнению, существующие в психиатрии нозологические нормы дают все необходимые и для практических, и для научных целей данные. Значительная часть психиатров признает существование проблемы и стремится разрешить ее то с помощью биологических исследований в психиатрии, то (в меньшем числе) с помощью рафинированных клинических исследований или того и другого одновременно. Наконец, существуют психиатры, которые считают нозологический диагноз в психиатрии ненужным и даже вредным. Последняя точка зрения распространена в первую очередь среди сторонников психоанализа. Аргументируя свое негативное отношение к нозологическому диагнозу, они приводят ряд соображений. По их мнению, исследователь или практический врач, использующий нозологический диагноз, получает при этом ложное впечатление о том, что ему известна сущность патологии, что у индивидуума очерченная болезнь и что если неизвестна ее причина, то это лишь временное явление, и что диагноз дает ясное представление о том, чем один больной отличается от другого. Нозологический диагноз, по мнению таких психиатров, создает веру в магическую силу наименования и представляет собой отголосок когда-то бытовавших убеждений, которые подразумевали возможность овладения тайнами бытия, если становится известным то или иное слово. Постановка нозологического диагноза заставляет врача лечить болезнь, а не больного, и всегда влечет за собой понижение внимания к внутреннему миру человека, мешая врачу заниматься больным как личностью. Психиатрические диагнозы всегда в большей мере учитывают слабые и в гораздо меньшей степени или вовсе не учитывают сильных сторон заболевшего человека. Наконец, по мнению противников нозологического диагноза, в психиатрии человек, получивший тот или иной диагноз, уже не в состоянии от него избавиться всю свою последующую жизнь, что создает для него нравственные и социальные проблемы. Особенно часто к таким последствиям ведет диагноз шизофрении. Противники нозологического диагноза в психиатрии предлагают заменить его клинико-психологической характеристикой больного. В последнюю должны входить: ситуация, в которой живет больной, описание существующих у него психических расстройств в их статике и динамике, особенности личности больного с ее сильными и слабыми сторонами, особенности взаимоотношений больного с другими людьми, содержание переживаний, которые больной испытывает, и то, как они влияют на различные стороны его характера, а также особенности его поведения и жизненной позиции, противостоящие болезни. Для каждого больного такая индивидуальная характеристика является основой индивидуального плана лечения. По существу, при таком подходе отрицание диагноза болезни признает существование индивидуального диагноза больного (см. ниже). Во всяком случае, большое внимание уделяется тем вопросам, которые встают перед психиатром вслед за постановкой им нозологического диагноза.

Имеющиеся в настоящее время в психиатрии противоречия между понятием «болезнь» и «больной человек» существуют давно и могут быть распространены на всю медицину. Противоречия эти возникли еще в период античной медицины и отражают собой антагонистические философские концепции Платона и Аристотеля. По мысли Платона, идеи первичны по отношению к вещам и выступают как цели, определяющие их развитие. Чувственному познанию в этом процессе нет места. Аристотель, напротив, в познании окружающего ориентировался на чувства, на познаваемые с их помощью отдельные предметы и события, из которых состоит мир. По мнению Аристотеля, концепция Платона не объясняет мир, а лишь увеличивает количество предметов, нуждающихся в объяснении. Эти философские противоречия нашли отражение

20*

в двух греческих медицинских школах. Сторонники Платона считали, что в медицине основное значение имеет диагноз и классификация болезней; сторонники философских взглядов Аристотеля в лице Гиппократа основное внимание уделяли особенностям проявления болезни у отдельного больного. При изучении больных Гиппократ описывал симптоматологию болезней не как случайное сочетание признаков, а как| звенья развивающегося патологического процесса, отражающие соче*| тание различных условий. Динамическое изучение болезненных рас-^5^ стройств послужило Гиппократу основой для создания историй болезни, приводимых в его книгах. Гиппократ описывал в первую очередь больных людей, а не общие картины болезней. Вопросам диагностики в трудах Гиппократа уделено едва лишь несколько страниц, в то время как вопросы прогноза разбираются им самым тщательным образом. Гиппократ и его последователи рассматривали болезни как абстракции, создаваемые самими людьми. Вместе с тем такое отношение к диагностике не помешало Гиппократу выделить две формы психических болезней, названия которых сохранились в психиатрии до наших дней. Речь идет о мании и меланхолии. В данном случае Гиппократ реализовал положение Аристотеля о том, что в медицине так же, как и в любой другой науке, следует использовать принцип изучения "подобных друг другу случаев с точки зрения того, что в них есть общего". Таким образом, Гиппократ не отвергал полностью принципы сторонников Платона о существовании болезней и возможностей их классификации. Он только считал такие исследования подчиненными "живому наблюдению".

Возникшие в период античной медицины две противоположные линии развития в изучении болезней параллельно существуют в медицине до настоящего времени. Преобладание одной из них выражает либо философию времени, либо влияние выдающихся личностей и сделанных! ими открытий. В психиатрии конца XIX века сторонниками учения о 1 единицах болезни в психиатрии, т.е. последователями философии Платона, являлись K.Kahlbaum и E.Kraepelin. С начала текущего столетия их взгляды подверглись многочисленным критическим оценкам. Так, A.Hoche (1910) высказывал совершенно противоположную точку зрения на крепелиновскую концепцию эндогенных психозов, отрицавшую,; по существу, традиции Гиппократа. A.Hoche писал: "Необходимость,^ некая логически эстетическая потребность, вынуждают нас искать ог-1 раниченные, замкнутые в себе единые картины болезней, но к сожалению здесь, как и всюду, наша субъективная потребность еще не доказывает реальность желаемого, наличия чистых типов в действительности". Высказанное мнение легко соотносится с тем, которое в то же время от лица французских психиатров сформулировал Gilbert Ballet (1903): "Число попыток клинического отграничения несметно, но все они неудачны. Стремление исследователей к классификации болезней постоянно опережает их знание". О существующих в психиатрии направлениях в изучении психических болезней K.Jaspers (1913) писал: "Хотя борьба между обоими направлениями велась с большим взаимным презрением, хотя каждый был убежден в полной несостоятельности того, к чему стремился противник, мы все же на основании того исторического факта, что эта борьба прекращалась только внешне, но никогда не прекращалась в действительности, можем предположить, что обе стороны стремятся к истине и вместо того, чтобы враждовать, могут дополнять одна другую". Отношение KJaspers'a к данной проблеме заслуживает самого пристального внимания, т.к. без преувеличения можно сказать, что в текущем столетии его авторитет в разработке теоретических основ психиатрии вполне соотносится с авторитетом E.Kraepelin'a.

K.Jaspers анализирует понятие "единица болезни", основываясь на взглядах K.Kahlabaum'a и E.Kraepelin'a. Выделенные в психиатрии единицы болезни должны отвечать следующим условиям: иметь единую причину, одинаковые или, по меньшей мере, сходные психические расстройства, одно и то же их развитие и исход, одинаковые патологоанатомические изменения в головном мозге. Однако в психиатрии никогда не было описано таких единиц, которые бы соответствовали всем перечисленным критериям. Это относится ко всем болезням, выделенным E.КгаереНп'ом. Даже прогрессивный паралич, являвшийся для E.Kraepelin'a образцом отдельной психической болезни, по мнению KJaspers'a, определяется лишь единством этиологии, неврологических расстройств и данных серологических исследований, в то время как характеризующие болезнь психические симптомы лишены единства. И тем не менее подобный вывод не побудил KJaspers'a стать на сторону одного лишь эмпирического изучения психических болезней. По его мнению, хотя идея о единице болезни представляет собой идею в кантовском смысле — ее цель находится в области бесконечного, однако "выделение единиц болезни указывает направление плодотворного исследования, являясь подлинным ориентиром для эмпирического единичного изучения". Сходные мысли высказывались в последующем и отечественными психиатрами. "Нозологический догматизм затрудняет нашу диагностику, приводит к диагностическим ошибкам. Но из этого не следует, что в психиатрии отсутствуют нозологические единицы. Они есть, но они не

окончательны. В создании нозологии психиатры проделали огромную работу, которая подтверждается практикой, но которая далека еще от совершенства. Существующие сейчас нозологические единицы отнюдь не являются окончательными, требуется еще большая и терпеливая работа по изучению всех особенностей течения процессов и их закономерностей. В результате будет преодолен "жесткий" нозологизм, будет преодолено и принятие синдрома за нозологическую единицу".*

Отмена диагноза и классификаций в психиатрии сделали бы невозможными:

1) преемственность психиатрических знаний, так как нельзя было бы понять, что сделано психиатрами в прошлом и как существующие знания передать последующему поколению врачей;

2) проведение научных клинических, биологических, эпидемиологических и других исследований, т.к. для них всегда необходима популяция больных, а не отдельный больной;

3) рациональное планирование психиатрической помощи;

4) обмен научными знаниями между психиатрами различных стран;

5) установление навыков и понимания в вопросах терапии психических болезней.

При всем своем несовершенстве современный психиатрический диагноз позволяет выявить и сгруппировать "подобные друг другу случаи с точки зрения того, что в них общего" и тем самым сделать их объектом обобщенного исследования и науки.

КЛАССИФИКАЦИЯ СИМПТОМОВ — ПЕРВЫЙ ЭТАП ДИАГНОСТИКИ. Исследование психически больных, как об этом уже говорилось, имеет определенную последовательность. Оно начинается обычно с исследования симптоматологии психического статуса. При диагностике психических болезней первоначальной задачей психиатра является квалификационная оценка в психиатрических терминах тех симптомов, образующих психический статус, которые до этого были представлены лишь описательно. Одновременно с квалификационной оценкой симптомов, их дифференцируют от сходных расстройств и группируют на основе их однозначности. Например, квалифицируют расстройство как навязчивости и дифференцируют их со сверхценными идеями и бредом. Своевременно проведенная дифференцировка симптомов способна устранить неверную первоначально сделанную их оценку. Так, расстройство, квалифицированное сначала как нарушение мнестических функций, может на самом деле таковым не оказаться, а быть обусловлено наличием других продуктивных расстройств, например, депрессии и сопутствующего ей идеаторного торможения и т.д. После квалификации и дифференцировки симптомов делают заключение об их принадлежности к одному или нескольким кругам поражения. Так, например, у больного могут существовать только навязчивые явления, в то время как в другом случае одновременно с ними обнаруживается субдепрессивный аффект с эпизодически возникающим страхом и диффузной бредовой настроенностью. В первом случае часто говорят о мономорфных, а во втором — о полиморфных симптомах (полиморфизме симптомов), что является предварительным показателем степени генерализации психических нарушений.

* Снежневский А.В. Общая психопатология. Валдай. 1970, с. 187.

В начальный период развития научной психиатрии, когда симптоматология и закономерности развития психических болезней были разработаны мало, существовала диагностика, основу которой составляли симптомы, в наибольшей степени привлекавшие внимание психиатров. Такая диагностика повлекла за собой, в частности, развитие учения о мономаниях, которое вскоре было оставлено, так как уже в тот период времени стало очевидным, что психические болезни проявляются не отдельными симптомами, а их устойчивыми сочетаниями, видоизменяющимися с течением времени в определенной последовательности, и что вообще патогномоничных в нозологическом отношении симптомов в психиатрии, возможно, и не существует. К последней трети XIX века психиатры пришли к выводу, что диагностическую ценность симптомы получают только в тех случаях, когда образуют симптомокомплексы или синдромы. "Правильно оценить картину болезни, — писал R.V.Kraft-Ebing (1897), — мы можем только синтетическим путем".* Таким образом, от диагностики по симптомам психиатры XIX века перешли к син'дромальной оценке заболеваний.

В своей диагностической работе психиатры как бы повторяют этапы распознавания болезней, проводившиеся их предшественниками.

СИНДРОМАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА — ВТОРОЙ ЭТАП ДИАГНОСТИКИ. Нозологический диагноз в идеале должен быть и быстрым, и правильным. Однако на практике дело очень часто обстоит не так. "Нужно ли врачу добиваться правильного диагноза болезни, если тяжесть состояния больного требует немедленной помощи? Казалось бы, странный вопрос. Как можно помогать, не зная болезни? И тем не менее в ряде случаев ответ только один: сначала немедленная помощь, то есть спасти от смерти, а потом исследовать и уточнить диагноз для того, чтобы окончательно избавиться от болезни" (И.В.Да-

* Крафт-Эбинг Р.В. Учебник психиатрии. Пер. с нем. СПб, 1897, с. 322—323.

выдовский). В психиатрии данное положение имеет особо важное значение. Здесь в настоящее время редко встречаются заболевания, которые сами по себе могут в короткий срок повлечь смертельный исход. Опасность психической болезни прежде всего в неправильных действиях больных, направленных против самих себя или окружающих. Нозологический диагноз в психиатрии во многих случаях способен дать правильное представление о прогнозе заболевания в целом, то есть он позволяет увереннее ориентироваться в будущем больного. Однако опираясь только на диагноз психической болезни, далеко не всегда представляется возможным дать необходимые рекомендации в отношении мер лечебного воздействия на ближайший отрезок времени. Обычно начальная терапевтическая тактика, в частности, превентивные меры в отношении психически больных, определяются прежде всего особенностями их психического состояния. Так, если статус больного определяется бредом супружеской неверности и больной одновременно употребляет алкогольные напитки — риск того, что он совершит убийство брачного партнера, а в ряде случаев и других, вовлеченных в бред людей (детей, мнимого любовника), чрезвычайно велик. Нозологическая оценка отступает первоначально здесь на второй план. По этой причине синдромальная оценка состояния больного — совершенно необходимый этап психиатрической диагностики. Синдром представляет собой группу симптомов, объединенных общим патогенезом. Дать синдромальную оценку существующим психическим расстройствам означает дать не только определение психического статуса больного в психиатрических терминах, но и уточнить существующий уровень поражения. При синдромальной оценке большее значение имеют расстройства, отражающие более глубокий уровень поражения, несмотря на то, что на период исследования они являлись бы минимально выраженными, а расстройства более легкого регистра— преобладающими в клинической картине.

Синдромальная квалификация производится не только обобщением предварительно выявленных, квалифицированных и затем дифференцированных симптомов. Чем большим опытом обладает психиатр, тем чаще он стремится сразу же дать синдромальную оценку состояния больного без предварительной оценки всей "россыпи" симптомов. Последнюю он квалифицирует уже после первоначального обобщения с целью подтверждения правильности своего предварительного заключения. В этих случаях обобщению подвергаются основные симптомы, и оценка получается более цельной — видят главное, пусть и в ущерб отдельным деталям. Однако и опытные психиатры не во всех случаях стре-

мятся сразу же дать синдромальную оценку настоящего психического состояния больного, а прибегают вначале к квалификации определяющих этот статус симптомов. Обычно так происходит в тех случаях, когда наблюдается выраженный полиморфизм симптомов, и они меняются на протяжении коротких отрезков времени. Торопливость с синдромальной оценкой подобных состояний резко повышает риск совершения врачебной ошибки. По возможности лучше повременить с синдромальной квалификацией. Это помогает точнее уловить закономерности "мерцания" симптомов и выявить среди них основные, т.е. наиболее тяжелые. Во всех случаях такие состояния — свидетельство остроты болезни.

Синдромальная квалификация психического статуса позволяет не только выявить основные на данные момент психопатологические расстройства и оценить их глубину. Одновременно она дает большую, чем симптоматологическая квалификация, возможность предвидеть характер вероятных в ближайшее время медицинских и социальных осложнений, предпринять наиболее правильные меры медикаментозного воздействия и выбрать организационную форму медицинской помощи. Синдромальная оценка психического статуса особенно важна в тех случаях, когда, как это нередко бывает в психиатрии, в период исследования отсутствуют объективные анамнестические сведения о больном. Можно считать правилом: до тех пор, пока психиатр не квалифицировал психический статус, не.определил существующий синдром, его диагностика не должна двигаться вперед. Даже произведенная в самом начале диагностического исследования правильная нозологическая оценка психической болезни в очень большом числе случаев, а врача, занимающегося лечением больных — всегда, не освобождает от необходимости первоначальной синдромальной оценки статуса больного.

Определяющий психический статус синдром не является статичным. В нем постоянно происходят изменения, обусловленные или особенностями патологического процесса, или влиянием терапевтического вмешательства. Поэтому, определив существующий синдром, всегда следует попытаться выяснить возможные тенденции его видоизменения на ближайшие отрезки времени как в сторону усложнения, так и в сторону упрощения. В обоих случаях предвосхищение изменений психического состояния позволяет вовремя изменить терапию и предупредить нежелательные медицинские и социальные последствия болезни ("Своевременность — душа терапии". Гален). Так, при определении статуса как характеризующегося синдромом "классического" делирия следует выяснить, нет ли одновременно отдельных признаков, позволяю-

щих заподозрить возможность появления профессионального бреда. При редукции острого чувственного бреда часто появляется стертый депрессивный аффект. Если его своевременно не распознать, то исчезновение бреда способно повлечь за собой представление врача об окончании приступа болезни. Больного выписывают из больницы, а дома он совершает самоубийство. Синдром, определяющий настоящий психический статус, является лишь одним из звеньев болезненного процесса. Поэтому посильное выявление расстройств, ближайших к тем, которые его определяют, — одна из задач синдромальной оценки статуса.

Синдромальная квалификация психического состояния часто не бывает однозначной. В этих случаях приходится проводить дифференцировку между двумя и более синдромами, чтобы точнее выявить тот, который существует на момент исследования. Практика показывает, что обычно психиатры всех отраслей психиатрии оценивают выявляемые ими расстройства и образуемые этими расстройствами синдромы как более легкие, чем это есть на самом деле, и много реже поступают наоборот. Поэтому при первоначальной дифференциально-диагностической оценке целесообразнее сперва остановиться на более тяжелой квалификационной оценке статуса больного. Так, если определение статуса колеблется между его квалификацией как тревожно-депрессивного с бредом и депрессивно-параноидного, лучше остановиться предварительно на последнем. Это вернее гарантирует от врачебных ошибок.

Синдромальная оценка обычно начинается с квалификации и обобщения продуктивных симптомов. Негативные симптомы (если они не выражены или не доминируют в клинической картине над продуктивными) подвергаются квалификационной оценке во вторую очередь, зачастую уже при анализе особенностей развития болезни. В тех случаях, • когда психическое состояние определяется манифестным психозом, вы- ; явить, а затем квалифицировать негативные расстройства сложно, а' подчас и просто невозможно. Интенсивные позитивные расстройства как бы "прикрывают" негативные. Конечно, опытный психиатр уже по особенностям самих продуктивных расстройств, по их оттенкам способен сделать правильное заключение о том, какие негативные симптомы, возможно, им соответствуют. Эта способность особенно была свойственна П.Б.Ганнушкину и психиатрам его школы.

Ученик П.Б.Ганнушкина В.М.Морозов рассказал такой случай. П.Б.Ганнушкин консультировал больных в одном из санаторных отделений. "Я хочу показать Вам одного больного — Д., — сказала врач-докладчик. — Это циклотимик с депрессией, такой сохранный, эмоционально теплый, откликае-

мый". "Я уже не помню, —рассказывал В.М., — что говорил больной, помню только, что П.Б. слушал молча. Вдруг, когда больной замолчал совсем неожиданно, я услышал вопрос П.Б.: "Сифилис был?". И так как больной какое-то время не отвечал, П.Б. еще раз повторил свой вопрос: "Ну как же, ведь был, был сифилис?". "Был, П.Б.", — после паузы ответил больной. "Ну и ладно, — проговорил П.Б.,- — будем лечить, все обойдется". "П.Ж.", — сказал он, когда больной вышел из кабинета".*

В данном случае П.Б. диагностировал у больного инициальную стадию прогрессивного паралича, проявлявшуюся не псевдоневрастеническими расстройствами, а депрессией, которая по своим проявлениям действительно была аналогична депрессивным расстройствам при циклотимии. Только кроме депрессии у больного существовали уже и отдельные личностные изменения, свойственные П.П. Больному привили малярию, и после курса лечения он поправился.

Пожалуй, одним из главных критериев врачебной зрелости психиатра является не только его умение выявить и квалифицировать наиболее важные для синдромальной оценки психического статуса больного позитивные расстройства, но и способность правильно оценивать личность больного и те ее изменения, которые возникают вследствие болезни. Особенности личностных изменений важны не только при постановке нозологического диагноза. Продуктивные симптомы уступают воздействию терапии. Остается измененный против прежнего человек, очень часто нуждающийся в дальнейшей помощи врача. Психиатры осознанно и подсознательно стремятся к постижению психологической сущности своих пациентов. Об этом, в частности, свидетельствует врачебная эволюция многих психиатров. Первоначально в подавляющем своем числе они увлекаются большой психиатрией и в первую очередь семиотикой психозов. Зрелый психиатр, сохраняя в полном объеме знания, относящиеся к большой психиатрии, очень часто все в большей степени начинает интересоваться стертыми формами психических болезней — малой психиатрией. А здесь умение постичь личностные особенности больных имеет первостепенное значение. Можно взять на себя смелость сказать, что психиатр, остановившийся в своем развитии лишь на изучении большой психиатрии, остается в определенной степени незрелым врачом. Оценке негативных симптомов, самой по себе трудной, еще во многих случаях мешает субъективизм, зависящий от принадлежности психиатра

* П.Б.Ганнушкин вместо аббревиатуры П.П. (прогрессивный паралич) обычно использовал аббревиатуру П.Ж. (paralisie generale), как это делают французские психиатры.

I

к той или иной школе. Так, например, психиатры, широко пользующиеся диагнозом "шизофрения", нередко "завышают" существующие у этих больных изменения личности, в то время как психиатры, стремящиеся этот диагноз ограничить, случается, пропускают действительно имеющиеся шизофренические негативные симптомы.

Значительное число психиатров при постановке нозологического диагноза ограничивается преимущественно клиническими фактами, которые дают в их распоряжение симптоматологическая и синдромологическая оценки психического состояния больного. В первую очередь так поступают психиатры с небольшим стажем работы. Однако оценке статуса как главному источнику диагностических решений, часто придают первостепенное значение не просто опытные психиатры, но и признанные теоретики психиатрии. Так, K.Schneider считал, что психический статус — психическая болезнь, рассматриваемая "в поперечном разрезе", дает надежные критерии нозологической диагностики в большинстве случаев психических болезней. Подобное отношение к оценке значения психического статуса для решения диагностических задач объясняется и теоретическими установками немецкой психиатрии, и, возможно, тем фактом, что диагностические заключения, основанные на данных психического статуса, были достаточными в период, предшествующий появлению в психиатрии терапии психотропными средствами и обширного комплекса реабилитационных мероприятий. Не следует забывать и того обстоятельства, что в процессе диагностического исследования психиатр всегда имеет в своем распоряжении те или иные, зачастую очень полные, анамнестические сведения. Выявленные с их помощью клинические факты незаметно для самого исследователя способны оказать свое влияние на формулируемые им диагностические предположения. В настоящее время ведущее значение синдромальной оценки психического статуса для постановки психиатрического диагноза имеет особо широкое распространение в английской и американской психиатрии. Так, R.J.Simon и соавт. (1971), обследовавшие 400 психически больных, показали, что диагностические заключения, основанные на оценке психического статуса больных, не менялись или менялись в несущественных деталях в случаях, когда одновременно привлекались и данные анамнеза. Диагностическое значение статуса, по мнению авторов, особенно велико в случаях психозов. В то же время при диагностике пограничных психических болезней и токсикоманий данные анамнеза, позволяющие анализировать развитие болезни, оказались совершенно необходимыми. К сходным выводам пришли E.F.Gauron и J.K.Dickinson (1966, 1969).

Чем большим опытом обладает психиатр, тем больше он, при прочих равных условиях, в своих диагностических выводах стремится опираться не только на данные статуса, но и на анамнез, позволяющий ему проследить весь ход болезни. Ту же самую закономерность можно отметить и в клинике внутренних болезней. По данным R.Hegglin'a (1965), в кабинете врача диагноз устанавливается по данным анамнеза более чем в 50% случаев; на основании клинического исследования (status praesens) — в 30% и по лабораторным данным — приблизительно в 20%. Важность анамнеза в диагностике психических болезней определяется не одним лишь опытом и здравым смыслом, всегда заставляющими врача думать не только о сегодняшнем состоянии больного, но и о прогнозе его болезни. Значение анамнеза обусловливают в неменьшей степени и господствующие в той или иной психиатрической школе теоретические установки общей патологии болезней человека. Динамический, основанный на данных анамнеза и катамнеза, подход в изучении психических болезней, принятый отечественными психиатрами с середины текущего столетия, является тому примером.

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ — ТРЕТИЙ ЭТАП ДИАГНОСТИКИ. Каждая психическая болезнь проявляется определенным или предпочтительным для нее "набором" синдромов, которые возникают, видоизменяются и сменяют друг друга в закономерной последовательности, реализуя стереотип развития болезни. Поэтому вслед за синдромальной оценкой статуса производят аналогичную оценку всех наблюдавшихся ранее психопатологических расстройств, т.е. анализируют и квалифицируют данные анамнеза. Ретроспективная синдромальная квалификация распространяется и на позитивные, и на негативные расстройства. Соотнесение синдромов, отмеченных в прошлом, с настоящим состоянием позволяет оценить весь "длинник" болезни, рассмотреть его в "продольном разрезе". Одновременно выявляются и другие параметры заболевания. Определяются особенности развития (течения) психопатологических расстройств. Выделяют три типа течения: непрерывный, приступообразный и в форме фаз. Болезнь может определяться каким-либо одним типом развития, например, приступообразным, но может произойти смена одного типа развития другим. Например, приступообразное развитие сменяется непрерывным. При каждом типе развития психопатологические симптомы могут подвергаться усложнению (прогредиентность), упрощению (регредиентность), или же продолжительные периоды времени сохраняться в неизменном виде (стационарное состоя-

н и е). Усложняются и продуктивные, и негативные психопатологические синдромы. В ряде случаев это касается преимущественно одних из них. Например, при инволюционной меланхолии, и особенно при маниакально-депрессивном психозе, усложнение затрагивает преимущественно или исключительно лишь одни продуктивные расстройства, которые на высоте развития могут определяться появлением большого синдрома*, например, синдрома Котара. В то же время при простых формах психозов (простая форма старческого слабоумия, простая форма шизофрении и т.д.) наблюдается прогрессирующее усложнение преимущественно одних негативных расстройств. Упрощение клинической картины (регредиентность) чаще и в большей степени касается продуктивных психопатологических синдромов, но возможно и выраженное упрощение негативных расстройств (например, при психозах экзогенно-органического происхождения).

Прогредиентность психопатологических расстройств, в частности, позитивных, всегда связана с усложнением клинической картины болезни. В одних случаях такое усложнение происходит внутри одного круга расстройств, например, аффективного (маниакально-депрессивный психоз); в других — в процесс последовательно вовлекаются все новые и более глубокие круги поражения (непрерывная и приступообразно-прогредиентная шизофрения). Прогредиентность имеет различную интенсивность. Выделяют следующие ее типы: вялопрогредиентный, среднепрогредиентный и злокачественный (галопирующий прогрессивный паралич, болезнь Крепелина, delirium acutum и т.д.), шизокарный (шизофрения). В тех случаях, когда вялопрогредиентное развитие сопровождается лишь незначительными личностными изменениями, его нередко определяют как латентное.

В противоположность непрерывному развитию, течение болезни в форме приступов и фаз всегда происходит в виде ограниченных во времени периодов. Если расстройства продолжаются секунды-часы, говорят об эпизоде; если дни-недели — о транзиторном приступе; если месяцы — о затяжном-протрагированном. приступе. Течение болезни в форме приступов и фаз всегда сочетается со светлыми промежутками — ремиссиями и интермиссиями. Поэтому в этих случаях употребляют термины ремиттирующее и интермиттирующее течение (развитие). В тех

* Большой синдром — общее название сочетаний различных психических расстройств (бредовых, депрессивных, маниакальных и т.д.), развивающихся в результате генерализации психоза. Энциклопедический словарь медицинских терминов. М: Медицина, 1984, т. 3, с. 104.

случаях, когда приступ сменяется остаточными симптомами, свидетельствующими о последующем вялом или латентном развитии болезни, используется определение приступообразно-прогредиентный тип или течение в форме шубов.* Подобное течение свойственно как шизофрении, так и некоторым экзогенно-органическим болезням, например, психозам отдаленного периода черепно-мозговой травмы. Приступы и фазы возникают как без какой-либо регулярности, так и через определенные промежутки времени, в частности, сезонно — осенью, весной и т.д.

НОЗОЛОГИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ — ЧЕТВЕРТЫЙ ЭТАП ДИАГНОСТИКИ. Оценка настоящего психического состояния и стереотипа развития психической болезни — продромальных явлений, выраженных психических расстройств, происходящего со временем синдромального видоизменения позитивных и негативных нарушений — обычно позволяют сделать обоснованное предложение о нозологической принадлежности болезни. Так как всякая клиническая диагностика всегда должна заключать в себе основание для сомнений, во всех случаях перед установлением окончательного диагноза болезни необходимо провести дифференциальную диагностику предполагаемого заболевания со всеми другими сходными формами. Учет последних способствует в свою очередь более полному обнаружению и квалификации расстройств, существующих у обследуемого больного. Не следует избегать проведения дифференциального диагноза между заболеваниями, представляющими собой как бы "крайние полюса" психиатрической нозологии. Например, вполне уместен и даже необходим в ряде случаев дифференциальный диагноз между неврозом и неврозоподобными расстройствами при опухоли мозга. При дифференциальном диагнозе всегда следует приложить первоначальные усилия для исключения или выявления более тяжелого заболевания. Чем шире диапазон дифференциально-диагностических предложений, тем скорее, при прочих равных условиях, можно избежать диагностических врачебных ошибок: учет всех диагностических возможностей способствует более полному выявлению существующих у больного в настоящем и существовавших в прошлом психических нарушений.

При проведении дифференциального диагноза в психиатрии у врача в значительном числе случаев отсутствуют возможности, существующие в других медицинских дисциплинах, например, в клинике внутренних болезней. Здесь исходным пунктом дифференциального диагноза является обычно "выбор наиболее показательного ведущего симптома" (В.Х.Василенко, 1982). "Такой симптом, — пишет В.Х.Василенко, — не

' Schub (нем.) — сдвиг.

должен быть слишком общим, т.к. это чрезвычайно расширяет границы дифференциального диагноза. Чем специфичнее симптом, тем уже круг дифференциально-диагностических предположений. Далее перечисляются все болезни, при которых этот симптом наблюдается. Последовательно сравнивают клиническую картину данной болезни с теми болезнями, при которых имеется сходство в ведущем симптоме. Ищут различие между данной болезнью и болезнями, с ней сходными. Обнаруживаемые при последних различия исключают их из круга дифференциально-диагностических предположений, а наличие наибольшего сходства и наименьшего различия картины болезни у исследуемого больного с какой-либо из возможных при данном симптоме болезней, делает наиболее вероятным предположение, что у данного больного имеется это заболевание. Дифференциальная диагностика, построенная по этому принципу, облегчается, если в ее основу положен не наиболее показательный симптом, а синдром". В психиатрии проведение дифференциально-диагностических разграничений на уровне позитивных симптомов и даже синдромов недостаточно. У больного может наблюдаться в данный момент лишь типичная для циклотимии депрессия и отсутствовать выявляемые клиническим методом негативные расстройства. Однако в анамнезе у такого больного может быть обнаружен один или несколько эпизодов остро возникшего экстатического состояния, сочетающегося с рудиментарными мегаломаническими идеями. Это, казалось бы, совсем незначительное расстройство тем не менее исключает диагноз циклотимии. Необходимость учета всего "длинника" болезни, т.е. знание анамнеза — обязательное правило при дифференциальном диагнозе очень большого числа случаев самых различных психических болезней. Динамическое изучение психических болезней повлекло за собой в нашей стране развитие "психиатрии течения" (А.В.Снежневский), подтвердившей положение о том, что каждая психическая болезнь имеет свойственный ей "набор" синдромов и определенную последовательность их возникновения. Для облегчения проведения дифференциально-диагностического исследования в психиатрии можно использовать положение KJaspers'a (1913) об "иерархии диагнозов". K.Jaspers исходил при этом скорее всего из природы психических болезней, т.к. позднее высказанная им точка зрения получила свое подтвеждение в учении E.Kraepelin'a, изложенном им в работе "О формах проявления помешательства" (1920) (см. главу "Синдромы психических болезней"). Первое место в "иерархии диагнозов" принадлежит органическим и экзогенно-органическим психическим болезням. Если клиническим или лабораторными методами

исследования обнаружены свойственные им расстройства, то все другие психопатологические симптомы и синдромы не являются основой для нозологического диагноза, хотя они и входят в структуру клинической картины. Если исключены расстройства органического и экзогенно-органического генеза, то следующее диагностическое предположение должно касаться группы эндогенных психозов, в первую очередь шизофрении. Наличие расстройств более легких кругов поражения, сколь бы выраженными они не были, не должно противоречить диагнозу эндогенного заболевания. Последнее место в "иерархии диагнозов" занимают неврозы и психопатии. В приведенной схеме речь идет о первичном дифференциальном диагнозе не столько нозологических единиц, сколько как бы родов болезней. Определение "родовой принадлежности" всегда сужает рамки дифференциально-диагностических предложений. "Иерархия диагнозов" отражает последовательность вопросов, которые встают перед психиатрами при постановке нозологического диагноза. По-видимому, не является случайностью тот факт, что во многих зарубежных классификациях психических болезней, включая и международную (например, МКБ-9), нозологические формы располагаются в последовательности приведенной выше "иерархии диагнозов".

Последняя подтверждает идею соотношения общепатологических позитивных синдромов и нозологических единиц, получившую распространение в отечественной психиатрии (А.В.Снежневский, 1983).

Психиатр не всегда может ограничиться одним нозологическим диагнозом. Существует несомненное число больных, у которых может быть две психические болезни. В одних случаях постановка двух диагнозов не связана с личной точкой зрения врача. Так, существуют больные с несомненным диагнозом шизофрении (обычно речь идет о вялом развитии болезни), у которых в последующем диагностируют прогрессивный паралич или атрофический процесс (например, болезнь Альцгеймера). Здесь диагноз двух болезней не вызывает сомнений. Первое место занимает здесь тот диагноз, который определяет выбор терапии (PP) или прогноз (атрофический процесс). Однако существуют больные, у которых подобное диагностическое заключение о наличии двух болезней затруднительно.

Больная с детства страдает полиморфными бессудорожными пароксизмами. Эпилептическая природа болезни подтверждена электрофизиологическими исследованиями и результатами лечения (diagnosis ex juvantibus). В последующем пароксизмы редуцируются полностью, но.возникают биполярные аффективные приступы, типичные для маниакально-депрессивного пси-

хоза. Личностные изменения нетипичны для эпилепсии. Электроэнцефалографические исследования не дают достоверных для эпилепсии результатов. Другое наблюдение. Больная пьет в течение почти 40 лет. Диагноз — алкоголизм III стадии — не вызывает сомнений: В этом состоянии больная переносит протрагированный алкогольный делирий, после которого у нее возникает псевдопаралитический синдром. Последний, несмотря на продолжающееся пьянство больной, подвергается со временем редукции. Одновременно у больной возникает биполярная континуальная циркулярность. Аффективные расстройства по своим проявлениям соответствуют тем, которые встречаются при циркулярном психозе в позднем возрасте — больной к моменту ее последнего обследования 63 года.

Как диагностировать подобных больных? Для одних психиатров у каждой больной налицо две психических болезни. В первом случае — эпилепсия сменилась, а во втором — хронический алкоголизм усложнился эндогенными расстройствами. Для других психиатров у каждой больной существует только одно психическое заболевание. У первой больной редукция пароксизмов повлекла за собой "переход" основной болезни на более легкий регистр симптомов (синдромов): с судорожного на аффективный. У второй больной под влиянием дополнительной вредности (алкоголизм и усложнивший его психоз) произошло углубление позитивных симптомов: расстройства влечений начали сочетаться с биполярной циркулярностью. Здесь можно использовать термин С.А.Суханова и П.Б.Ганнушкина, писавших в 1903 г. о возможности "циркулярного течения" при органических заболеваниях головного мозга. Психиатры, диагностирующие одну, трансформирующуюся в своих проявлениях болезнь, вправе опираться в своем выводе на концепцию K.Jaspres'a об иерархии диагнозов. Если вначале были налицо органические или экзогенно-органические симптомы поражения головного мозга, то они и должны определять нозологическую диагностику. Другое дело — терапия. Она в большинстве случаев определяется пока что характером продуктивных расстройств и не является специфической.

Как уже говорилось, психиатры, особенно первоначально, гораздо чаще оценивают выявленные ими психические расстройства как более легкие, чем они есть в действительности. Поэтому при первичной нозологической диагностике лучше всегда отдать предпочтение той оценке, которая позволяет считать состояние и диагноз больного более тяжелыми. Соответственно более тяжелой оценке выбираются и первоначальные меры медицинской помощи. Если в этом выборе у врача нет уверенности и он колеблется, лучше выбирать те меры медицинского воздействия, которые обеспечат безопасность больному: стационировать

больного, если врач колеблется, лечить ли больного амбулаторно или нет; поместить больного в более тяжелое отделение (где всегда лучше надзор и уход), если существует сомнение, в какое отделение поместить его и т.д. Первоначальное "завышение" мер медицинской помощи почти всегда идет на пользу больному, а врача избавляет от совершения врачебных ошибок.* Не всегда одновременно с правильной оценкой психического статуса врач способен дать заключение о диагнозе болезни. Подобная временная отсрочка нозологической оценки обусловлена объективными причинами — определенным несовершенством психиатрической диагностики, которая в подавляющем числе случаев является клинической.

ДИАГНОЗ И ПРОГНОЗ. Установленный нозологический диагноз представляет собой прежде всего диагноз болезни, хотя позволяет сделать известные выводы и о форме ее течения, и о возможном прогнозе. Уточнению последних способствует знание различных факторов, влияющих на патогенез. Часть из них может быть изучена клиническим методом. Значение этих факторов по-разному оценивается отдельными исследователями. Вместе с тем большинство сходится в том мнении, что на . особенности проявлений болезни и, в частности, на ее прогноз оказывает влияние не один какой-либо фактор, а их сочетание. Такими доступными клиническому изучению и влияющими на патогенез факторами являются:

1) особенности препсихотической (преморбидной) личности;
2) особенности генеалогического фона;
3) возраст индивидуума к началу болезни;
4) пол больного;
5) предшествующие и сопутствующие соматические заболевания;
6) проводящаяся во время болезни терапия;
7) средовые факторы.

Изучение перечисленных факторов составляет ПОСЛЕДНИЙ (ПЯТЫЙ) ЭТАП в построении диагноза — определение диагноза больного (индивидуального диагноза).

1. Препсихотическая (преморбидная) личность. "Индивидуальные особенности проявления и развития патологического процесса в значительной степени зависят от свойств личности, в частности, ее стенического или астенического склада (строя жизнедеятельности)" (А.В.Снежневский)**.

* Врачебные ошибки — добросовестные заблуждения, связанные с недостаточной разработанностью данной медицинской дисциплины.

** Снежневский А.В. В кн.: Руководство по психиатрии в двух томах. М: Медицина, 1983, т. 1,с. 86.

Установлено, что сложившаяся, лишенная анормальных черт характера личность, обладающая высоким интеллектуальным уровнем, разнообразием интересов, социальной интегрированностью, экстравертированностью, достаточной эмоциональностью, уравновешенностью, обычно лучше сопротивляется болезни, чем личность, лишенная подобных черт. Влияние личности на особенности патологического процесса выявлено при самых различных по проявлениям и прогнозу психических болезнях — и эндогенных, и органических, например, при неуклонно ослабоумливающих заболеваниях типа старческого слабоумия. Изучение преморбидных особенностей больных алкоголизмом показало значение личностных особенностей в темпе формирования болезненных расстройств ив прогнозе этого типатоксикомании (ИванецН.Н., 1978). В некоторых случаях уже по одним особенностям личностного склада можно с определенной долей вероятности предсказать прогноз начавшейся болезни. Возникновение шизофрении в подростково-юношеском возрасте у так называемых "образцовых" детей очень часто свидетельствует о возможности злокачественного развития болезни (ядерной шизофрении). Эндогенные депрессивные состояния самой различной структуры, возникающие в позднем возрасте у лиц с чертами тревожной мнительности, очень часто принимают затяжное или хроническое развитие. В ряде случаев на прогноз болезни, например, при развитии явлений навязчивости, большое влияние оказывает реакция личности на болезненное расстройство. У тех больных, которые упорно сопротивляются имеющимся навязчивым явлениям, болезнь развивается легче по сравнению с больными, проявляющими по отношению к ним пассивность.

2. Генеалогический фон. Клинические исследования показали, что преморбидные особенности, возраст больного к моменту начала психоза, его клинические проявления и исход во многом обусловлены генетическим фактором. Психические болезни, встречающиеся у близких родственников, очень часто имеют много общего с тем, что наблюдается у пробанда. В первую очередь это касается клинических проявлений и степени прогредиентности болезни. Сходными оказываются и многие характерологические черты. Подобные закономерности лучше всего изучены при шизофрении и маниакально-депрессивном психозе. Однако их можно обнаружить при эпилепсии, сенильно-атрофических процессах, психозах, возникающих в старческом возрасте, при различных токсикоманиях.

3. Возраст больного к началу психического заболевания. Существуют специфические синдромы, встречающиеся только в определенных

возрастных периодах. Например, почти исключительно в подростково-юношеском возрасте наблюдаются гебоидный синдром, нервная анорексия и дисморфофобия. Возраст видоизменяет психопатологию многих синдромов, например, синдрома Кандинского—Клерамбо, Котара, кататонического синдрома, бреда, галлюциноза и т.д. (см. соответствующие синдромы). Возраст начала болезни влияет на темп прогредиентности. Так, непрерывное, в частности, злокачественное, течение шизофрении встречается чаще всего при начале процесса в детском и подростково-юношеском возрасте. Ряд грубоорганических процессов периода старения и старости — болезнь Альцгеймера, старческое слабоумие — развиваются тем более злокачественно, чем раньше начинаются, и, напротив, начало этих заболеваний в возрасте после 60 и особенно 75 лет обычно свидетельствует о том, что темп нарастания слабоумия будет происходить медленно. Возникновение алкоголизма в позднем возрасте (в тех случаях, когда алкоголизм не является симптоматическим) обычно ограничивается симптомами первой стадии, черепно-мозговая травма, перенесенная в молодом возрасте, влечет за собой развитие психопатоподобных расстройств, та же травма в пожилом возрасте нередко влечет за собой появление психоорганического синдрома.

4. Пол больного. Фактор пола оказывает влияние на самые различные стороны патологического процесса:

1) на особенности симптоматологии: так, бред супружеской неверности, изобретательства, реформаторства встречается преимущественно у мужчин, в то время как бред ущерба и эротомания свойственны почти исключительно женщинам;

2) на особенности синдромологии: гебоидный, псевдопаралитический синдромы, некоторые формы деперсонализации свойственны в первую очередь мужчинам, тогда как нервная анорексия, пресбиофренный синдром преобладают у женщин;

3) на тяжесть одних и тех же синдромов: тяжелые, в том числе смертельные, делирии и энцефалопатия Гайе-Вернике встречаются почти исключительно у мужчин;

4) на особенности развития болезни: например, непрерывная, в частности, ядерная, шизофрения преобладает у мужчин, а рекуррентная и аффективные психозы (маниакально-депрессивный, инволюционная меланхолия) — у женщин; вообще в клинической картине самых различных психозов, а не только эндогенных, аффективный компонент выражен у женщин в значительно большей степени, чем у мужчин;

5) на предпочтительную частоту возникновения отдельных нозологических форм: так, среди больных с болезнью Альцгеймера и старческим слабоумием отмечено явное преобладание женщин.

5. Предшествующие и сопутствующие соматические болезни. Их влияние на особенности симптоматологии и развития психических расстройств весьма значительно. И при эндогенных, и при некоторых соматически обусловленных психозах непосредственно предшествующие развитию болезни острые инфекционные и другие заболевания, а также некоторые физиологические процессы (такие как, например, роды) делают прогноз более благоприятным, чем в тех случаях, когда заболевание развивается спонтанно. Так, картина алкогольного делирия, возникающего вслед за острым соматическим заболеванием, отличается обычно большей легкостью, чем возникшего спонтанно. Шизофренический приступ, возникающий в связи с генеративными процессами, в большинстве случаев заканчивается продолжительной ремиссией или же может оказаться единственным психозом в жизни индивидуума.

Вместе с тем на большинство соматически обусловленных психозов интеркуррентные заболевания, как острые, так и хронические, оказывают неблагоприятное влияние. Особенно наглядно это проявляется, например, при психозах позднего возраста, в частности, при старческом слабоумии. Так, интеркуррентное заболевание способно выявить латентно протекающий сенильный процесс, видоизменить его проявление присоединением состояний спутанности, аффективных и бредовых расстройств, усилить темп развития слабоумия. Роль соматогенного фактора в клинике органических психозов старости столь велика, что существует мнение, согласно которому заболеваемость ими в большей степени зависит от плохого соматического здоровья, чем от календарного возраста больных.

Перенесенные в прошлом и закончившиеся выздоровлением хронические инфекции и интоксикации (ревматизм, туберкулез, сепсис, нагноительные процессы, заболевания почек или печени), остаточные явления органических заболеваний головного мозга, или те же заболевания, развивающиеся одновременно с эндогенной психической болезнью, обычно не только видоизменяют ее психопатологию, но и ухудшают прогноз.

6. Влияние терапии. Под влиянием лечения, в первую очередь психотропными средствами, произошло упрощение позитивных расстройств, задерживается темп прогредиентности самых различных психических болезней, улучшается их прогноз. Систематическое применение психотропных средств повлекло за собой или исчезновение, или выраженное

упрощение таких нарушений, как шизофазия, речевая разорванность, кататонический и аментивный синдромы, сложные и развернутые картины парафренных состояний, в том числе синдрома Котара. Тяжелые картины психозов под влиянием лечения видоизменяются в сторону сходных картин, но встречающихся при более легком течении болезни. Проявления психических болезней под влиянием лечения как бы "сдвигаются" на более легкие регистры. Так, при ядерной шизофрении удается трансформировать кататоно-гебефренные расстройства в состояния, близкие к маниакальным. Если сопоставить картины существующих эндогенных • психозов с формами, образующими единный психоз, то в настоящее время можно наблюдать тенденцию увеличения удельного веса аффективных и аффективно-бредовых состояний и уменьшения более тяжелых форм, в том числе и тех, которые психиатры XIX века суммарно относили к слабоумию. Нарастание числа более легких психопатологических состояний при эндогенных психозах сопровождается тенденцией к увеличению среди них случаев с приступообразным или волнообразным течением. Тенденция к приступообразному развитию выявляется терапией не только в тех случаях, которые имели первоначально такое свойство и лишь с утяжелением болезни начали развиваться непрерывно, но и в тех случаях, где непрерывное развитие, казалось, существует изначально. Так, при ядерной и параноидной (непрерывно-текущей) шизофрении редукция позитивных расстройств выявляет существование тенденции болезни к волнообразному течению.

7. Средовые факторы. К ним, в частности, относятся условия труда и быта. В тех случаях, когда они неблагоприятны, происходит их отрицательное влияние на развитие психических болезней. Они способствуют их затяжному развитию, препятствуют наступлению ремиссий, ухудшают их качество в тех случаях, когда ремиссии наступают. Еще в начале прошлого века J.P.Falret отмечал, что прогноз психических болезней у женщин хуже, чем прогноз у мужчин, в связи с тем, что заболевшая женщина обычно находится в худших средовых условиях, чем мужчина. В настоящее время это положение распространяется, например, на женщин, больных алкоголизмом. Неблагоприятное его развитие у многих из них определяется в значительной мере средовыми факторами.

О том, как средовые факторы способны видоизменять картину тяжелого психоза, свидетельствует такой факт. В 20 —30-е годы текущего столетия в тех психиатрических больницах, например, в Орловской, Костромской и др., где больные регулярно привлекались к трудовой деятельности, в частности, к сельскохозяйственным работам, затяжные и тяжелые кататонические состояния встречались относительно нечасто.

ОСНОВНЫЕ ОШИБКИ В ПРОЦЕССЕ ДИАГНОСТИКИ. При диагностическом анализе психического статуса и особенностей развития болезни, а также при рассмотрении оказывающих на них влияние, привходящих патогенетических факторов, психиатры, чаще всего, совершают две основные ошибки.

Во-первых, вместо квалификации психических расстройств и анализа особенностей их развития во времени приводится сжатое повторение анамнестических сведений и психического статуса с использованием частично их описания, частично их квалификации — без заключительного вывода, сформулированного в психиатрических терминах. Таким образом, анализ болезни подменяется ее эпикризом.

Во-вторых, вместо тщательного выявления в статике и динамике существующих у больного позитивных и негативных психопатологических симптомов, главное внимание уделяется поискам и рассмотрению возможных причин их возникновения. При этом психиатр прежде всего стремится не к тому, чтобы выяснить, что происходит с больным, а хочет знать, почему возникло такое расстройство. В первую очередь ищут причинно-следственные связи между предшествующими экзогенными вредностями и возникшими психическими расстройствами, т.е. возможность прямолинейного объяснения причины и следствия. На этом основании устанавливается нозологический диагноз. Диагностика в подобных случаях нередко становится упрощенной. Если возникновению острого бредового психоза предшествовала психическая травма, то это реактивный параноид; если черепно-мозговая травма, то — травматический психоз; если имеется алкоголизм, то это — алкогольный психоз и т.д. При такого рода диагностике существующие у больного психопатологические расстройства выявляются неполностью и не подвергаются необходимой оценке. Следствием являются недостаточные или просто ошибочные меры медицинского и социального характера. Здесь опять уместно вспомнить слова W.Griesinger'a, сказанные более 100 лет тому назад: "Психиатрия знает только совокупность симптомов, происхождение их знает только приблизительно, а механизма совсем не знает".* Для психиатрии сегодняшнего дня это высказывание все еще является актуальным.

ПОЛНЫЙ ИЛИ МЕТОДИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ. Изучение всех клинических особенностей проявлений болезни делает возможным обоснование методического или полного диагноза (Василенко В.Х., 1966;

* Цит. по Снежневскому А.В. Общая психопатология: Курс лекций. Валдай, 1970, с. 179.

Снежневский А.В., 1970). Полный диагноз отражает не только нозологическую принадлежность болезни, но и позволяет видеть особенности ее проявлений у конкретного больного, т.е. сделать заключение об и н д и в и д у а л ь н о м д и а г н о з е.

Предпосылкой к установлению полного диагноза является не только методическое исследование больного и число находящихся в распоряжении психиатра клинических фактов, но и его способность выявить самые различные комбинации встречающихся расстройств. Это достигается, в частности, умением последовательно и неоднократно проводить анализ и обобщение одних и тех же клинических фактов. Новое, что узнает при этом психиатр, заключается не только в выявлении иных комбинаций расстройств, но и в выявлении их новых причинных соотношений. Умению установить полный и на его основе индивидуальный диагноз много способствует изучение врачом (психиатром) сложных, в частности, комбинированных (шизофрения и алкоголизм; шизофрения, алкоголизм и черепно-мозговая травма и т.д.), а также казуистических случаев психических болезней. Именно при них шаблон в диагностическом подходе всегда обрекает на неудачу нозологическую оценку. Не случайно во французской медицине, в том числе и в психиатрии, в которой всегда отдавалось предпочтение клиническому эмпиризму, рассмотрению казуистических случаев уделялось и продолжает уделяться много внимания.

В отечественной медицине интерес к подобного рода наблюдениям также всегда привлекал к себе внимание представителей разных медицинских специальностей — Г.А.Захарьина, В.Ф.Снегирева, П.Б.Ганнушкина, М.П.Кончаловского и др.

Полный диагноз и устанавливаемый на его основе индивидуальный диагноз всегда составлял цель педагогической и практической работы выдающихся представителей отечественной медицины. "Кто усвоил метод и навык индивидуализировать, тот найдется и во всяком новом для него случае" (Г.А.Захарьин, 1891—1894).

Психиатрия не составляет в этом отношении исключения. "Нигде потребность строгой индивидуализации не может быть сильнее, чем в лечении сумасшествия; нигде не нужно в такой степени постоянное сознание, что в данном случае имеется дело не с болезнью, а с больным, не с бешенством, а с бешеным" (Griesinger W.).*

Полный диагноз всегда динамичен. Он способен предсказать врачу конкретные тенденции видоизменения болезненных расстройств ме-

° Гризингер В. Душевные болезни. Пер. с нем. СПб, 1875, с. 482.

дицинских и в ряде случаев социальных последствий не только на данный момент, но и на значительные отрезки будущего. Этим всегда расширяется горизонт прогноза. Возможность предвосхищения хода болезни особенно важна в связи с введением в психиатрическую практику лечения психотропными средствами. Полный диагноз — установление единства разных сторон состояния данного больного. Такой диагноз дает определенные знания и в отношении причинных факторов, и в отношении закономерностей развития патологического процесса, т.е. патогенеза. Выявление патогенетических закономерностей делает осознанным применение лечебных мероприятий.*

Оформление полного диагноза пока что не имеет в психиатрии своей схемы. Возможно, что в первом приближении для этой цели может быть использована структура многомерного диагноза E.Kretschmer'a, Подобный диагноз учитывает нозологическую принадлежность болезни, особенности ее проявлений и развития (форму течения), а также такие факторы, как пол, возраст, конституция, преморбидные особенности больного, психогенно-реактивные, соматические, функциональные и органические факторы, а также факторы окружающей среды.

ДИАГНОЗ ПО АНАЛОГИИ или ДИАГНОЗ УЗНАВАНИЯ. Полный или методический диагноз — трудоемкий процесс, требующий затраты больших сил и значительного времени. Далеко не всегда условия, в которых приходится работать психиатру, позволяют реализовать подобное диагностическое исследование. Поэтому на практике при диагностике психических болезней первоначально, как правило, прибегают к установлению более простого диагноза — *диагноза по аналогии* (В.Х.Василенко) или *диагноза узнавания* (А.В.Снежневский).

При такой диагностике сравнивают расстройства, наблюдаемые у больного, с расстройствами, встречающимися при определенных болезнях. Если между ними обнаруживается сходство, нозологическая оценка заболевания больного считается идентичной этому заболеванию. Происходит подведение исследуемого больного под известную нозологическую единицу. Установление диагноза узнавания (диагноза по аналогии) всегда вызывает затруднения в тех случаях, когда у больного отсутствуют какие-либо характерные для данной болезни симптомы или же, напротив, существуют такие симптомы, которые являются для нее нетипичными.

* Психиатры, желающие убедиться на деле в преимуществах методологии полного диагноза, могут найти большое число примеров в книге: Шумский Н.Г. Диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике. СПб., 1997.

Диагноз узнавания представляет собой абстрактный диагноз. Он может повлечь распознавание не основного заболевания, а заболевания сопутствующего, например, не шизофрении, осложненной алкоголизмом, а только алкоголизма. Диагноз узнавания не сопровождается предварительным систематическим исследованием больного. Поэтому он всегда статичен, а если и способен дать правильный взгляд на последующие явления, т.е. определить прогноз, то лишь в самом общем виде — в том, в каком вообще это позволяет сделать диагноз той или иной болезни: благоприятный — при циркулярном или реактивном психозе, неблагоприятный — при атрофическом процессе, очень часто неопределенный — при шизофрении и т.п. Если методический диагноз позволяет находить новое в уже известных фактах, то диагноз по аналогии дает лишь возможность в новом находить уже известное. И тем не менее диагноз по аналогии (диагноз узнавания) имеет свою ценность. А.В.Снежневский считает, что диагноз узнавания — это первый этап любого врачебного диагноза любой болезни, так как в основе этого диагноза лежит в первую очередь оценка расстройств, отражающих настоящее состояние больного. Поэтому диагноз по аналогии часто незаменим в тех случаях, где необходима срочная помощь, а возможность углубленного исследования больного исключается. Этот диагноз может быть использован и в тех случаях, когда в силу привходящих моментов невозможно использовать методический диагноз. Диагнозом по аналогии пользуются врачи самых различных уровней квалификации, в том числе и те, кто считается в психиатрии признанными авторитетами.

Пройдя через отделение и войдя в кабинет, В.А.Гиляровский обратился к сопровождавшему его ассистенту со словами: "Вот ту больную шизофренией, что сидит у окна, подготовьте мне к завтрашней лекции". Больную эту В.А. видел впервые, ничего заметного "шизофренического" в ее облике не было, и тем не менее в диагностической оценке В. А. не ошибся. Позже такую способность диагностики шизофрении обозначили термином "praecox ..Gefuhl" (Rumke H.C., 1957).

Это конкретная форма диагноза по аналогии (диагноза узнавания). "Чувство" диагноза у психиатра может возникать при самых различных психических заболеваниях — эпилепсии, старческом слабоумии, болезни Альцгеймера, прогрессивном параличе и т.д. У некоторых психиатров точность и достоверность диагноза узнавания могут превосходить то, что другим удается узнать о больном с помощью методического исследования.

В психиатрическую клинику Девичьего поля (I ММИ) поступил больной, у которого клиническим и серологическим методами исследования был диагностирован прогрессивный паралич. Врачи и ассистенты отделения ждали лишь обхода П.Б.Ганнушкина, чтобы тот санкционировал прививку боль-

ному малярии. Во время обхода Ганнушкин, знавший мнение врачей о больном из предварительных разговоров с ними, задал больному несколько вопросов и, отойдя, сказал сопровождавшим его лицам: "Фрикции". Он диагностировал у больного во время обхода не прогрессивный паралич, а гуммозный сифилис мозга. Результат лечения подтвердил правильность его диагноза. Необычные по точности случаи диагноза узнавания описываются во многих клинических дисциплинах. Так, Базедова болезнь, микседема, кретинизм, хондродистрофия, наследственный сифилис, паркинсонизм и др., диагностируются опытным врачом уже по внешнему виду больного, без того, чтобы были известны анамнез и результаты различных видов обследования.

Диагноз узнавания, по мнению А.В.Снежневского, является продуктом организованного опыта врача. А.В. приводит суждение английского философа Льюиса о том, что организованный и автоматизированный опыт является основой интуиции. Последняя позволяет врачу как бы "внутренним оком" охватить всю клиническую картину в качестве единого целого и сопоставить ее с прежними наблюдениями. И.В.Давыдовский подчеркивал, что врач должен воспитывать в себе интуицию, т.е. "способность делать правильное заключение, исходя даже из малого количества признаков". Однако интуиция, связанная с опытом и профессиональными знаниями, лишь одна из составляющих клинического мышления. Другой такой составляющей является способность врача рассматривать образ жизни больного и внутреннюю картину его болезни* с точки зрения своих специальных знаний. Следует еще раз напомнить, что в отличие от представителей многих медицинских дисциплин клиническому мышлению психиатра необходимо еще и "понимание людей как результат глубокого знания жизни" (Griesinger W., 1867).

Значение клинического мышления в практической работе врача нельзя переоценить. И.В.Давыдовский писал о том, что "мышление врача, его высокий общий культурный уровень не могут быть заменены инструментальными, лабораторными методами исследования. Хотя роль этих приборов и анализов огромна, но сами по себе они или безоговорочная вера в них не создают необходимой глубины и широты мышления врача у постели больного, не формируют самостоятельного, нетрафаретно мыслящего специалиста". Сказанное целиком распространяется на психиатрию. Формирование клинического мышления имеет в этой медицинской дисциплине первенствующее значение. Ведь сведения, необходимые для диагностических выводов и заключений, так же как и основания для всяких лечебных назначений, психиатр в подавляющем числе случаев получает пока что на основе данных, добываемых путем расспроса и наблюдения. Поэтому до настоящего времени в психиатрии продолжает использоваться гиппократический метод подхода к больному. По этой причине применительно к прикладной психиатрии все еще во многом, пусть и с оговорками, остаются справедливыми слова J.M.Guardia: "В общем вся медицина сводится к клинике, которая ограничивается практическим приложением знания врачебного искусства к лечению болезней. Когда забывают эту основную истину, свет гаснет и почва уходит из под ног".*

* "Внутренней картиной болезни я называю все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом его к врачу — весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм". Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. М: Медицина, 1977, с. 38.

* Гардиа Ж.М. История медицины от Гиппократа до Бруссэ. Пер. с франц. Казань, 1892, с. 102.

ГЛАВА VI

ДЕОНТОЛОГИЯ В ПСИХИАТРИИ

"Укреплять разум выздоровевших от психической болезни, предохранять их против нужды и всех гибельных ее последствий, улучшать их нравы, защищать от предубеждений семьи и общества, принимать такими, какими они стали, быть всегда рядом с ними, чтобы ослаблять влияние неблагоприятных причин и предотвращать возможность рецидивов, поддерживать, как это делают матери в отношении детей, проникнуться их мыслями и чувствами, чтобы дать им лучшее направление, — таковы задачи науки, гуманности, морали и религии, которые я стремился распространять и которые, я надеюсь, найдут последователей во Франции и за ее пределами".

Ж.П.Фальре

Деонтология медицинская — учение о профессиональных, моральных и юридических обязанностях и правилах поведения медиков по отношению к больному. Медицинская деонтология включает в себя также и профессиональную ответственность врача перед обществом.

Термин "деонтология" введен английским философом-утилитаристом J.Bentham'oM (1834)* при разработке им учения о долге применительно к представителям самых различных профессий. J.Bentham считал основным положением деонтологии стремление к достижению "наибольшего блага для наибольшего числа людей" при выполнении профессиональных обязанностей. В отечественную медицину термин "деонтология" введен Н.Н.Петровым. С 30-х годов текущего столетия на протяжении более двадцати лет он изучал данный вопрос и опубликовал ряд работ, посвященных проблемам деонтологии в хирургии.

До самого последнего времени и в нашей стране, и за рубежом положения медицинской деонтологии рассматривались в рамках медицинской этики. Медицинская этика и медицинская деонтология не резко обособлены друг от друга и взаимосвязаны. По мысли J.Kant'a, этика — наука о должном. Отечественными учеными осуществлен ряд исследований, в которых рассматриваются взаимоотношения этики и деонтологии. "Врачебная этика — учение о принципах врачебной морали,

* J.Bentham. Deontology on the Science of Morality. London, 1834.

а деонтология — о правилах поведения врача, вытекающих из принципов, на них построенных" (Б.Д.Петров, 1970).

Сложившиеся в медицинской профессии этические нормы и связанный'с ними долг вменяются всем медицинским работникам. Тот факт, что очень часто еще и сейчас говорят о врачебной этике и врачебной деонтологии — свидетельство той первостепенной роли, которая отводится деятельности врача при оказании помощи больным. В зависимости от контекста, при использовании терминов "этика" и "деонтология" говорят то "медицинская", то "врачебная" этика или деонтология.

Медицинская этика представляет собой часть общей этики. Выделение медицинской этики обусловлено рядом причин, в частности, тем, что только в медицине профессиональная деятельность постоянно связана со страданиями людей, возникающими по не зависящим от них обстоятельствам. Обычно служащий, как должностное лицо, достаточно легко находит для себя выход из возникающих в работе затруднений, в том числе связанных со взаимоотношениями людей, используя предписания закона, существующие инструкции, прямые указания руководителей.

Деятельность медика, прежде всего врача, из-за своей сложности и разнообразия неповторимых ситуаций далеко не всегда может опереться на закон. Очень часто она не в состоянии уложиться в рамки официальных предписаний. Врач постоянно действует в условиях, исключающих возможность указания или совета со стороны. Но даже в тех случаях, когда врач обосновывает свои действия существующими законами, инструкциями и указаниями, они не могут ни предвосхитить всего разнообразия возникающих в жизни случаев, ни одухотворить его труд: врачебная деятельность является не службой, а общественным служением. Поэтому врач руководствуется в своих действиях не только официальными предписаниями, но и сложившимися этическими правилами своей профессии, а также пониманием своего долга, который диктуется ему его совестью.

Положения медицинской этики основываются на опыте многих поколений врачей и прошли контроль общественного мнения. В правилах медицинской этики откристаллизовался опыт выдающихся представителей медицины. Поэтому совсем не случайно врачи в обоснование своих действий нередко ссылаются на конкретных представителей как своей, так и других медицинских специальностей, которые как бы олицетворяют собой этические нормы. Таким конкретным лицом, начиная с эпохи античной медицины, являлся Гиппократ. Его называют отцом медицины. Следует отметить, что медицина существовала и до Гиппок-

рата. Но до него она находилась в руках жрецов, торговавших *ею,* облекавших ее покровом тайны и сказок. Их господство сдерживало развитие медицины. Гиппократ сделал медицину светской и привел ее к простому наблюдению явлений природы. Своей деятельностью он не только продвинул далеко вперед врачебное искусство, но и выработал стройную, обоснованную нравственными положениями систему правил поведения врача по отношению к больному. Такими правилами для Гиппократа являлись: "'Помогай больному и страждущему; не вреди; свято храни семейные тайны; не отчаивайся до конца в возможности спасти больного" и т.д. Эти и ряд других высказываний Гиппократа, получившие название "Гиппократовой клятвы", легли в основу факультетского обещания — торжественного обязательства, принимаемого молодыми врачами при завершении ими медицинского образования. Традиция факультетского обещания существовала в России с XIX по начало XX века. Содержание этого обещания и являлось в значительной мере кодексом врачебной этики. Ее положениями врачи руководствовались при исполнении профессионального долга. Начиная с 1992 года введено Обещание врача России — перечень обязательных условий его деятельности на территории Российской Федерации. За основу Обещания были взяты тексты древней "клятвы Гиппократа" и "Факультетского обещания" выпускников российских университетов.

Положения врачебной этики и связанные с ней вопросы врачебного долга формировались и изменялись в зависимости от социальных условий — политического строя, экономических отношений, уровня культуры, религиозных воззрений и т.д. В разработке вопросов медицинской деонтологии принимают участие представители самых различных дисциплин — хирурги, терапевты, психиатры, акушеры-гинекологи, педиатры, а также философы, работающие в области медицины. Можно выделить два основных направления в разработке проблем отечественной медицинской деонтологии, тесно связанных между собой. Первое направление изучает общие положения медицинской деонтологии, устанавливает связи между ней и такими дисциплинами, как психотерапия, медицинская психология, психопрофилактика, психогигиена, социальная гигиена, организация здравоохранения; второе изучает вопросы деонтологии, обусловленные специфическими особенностями отдельных медицинских дисциплин.

Медицинская деонтология касается трех сторон деятельности медицинских работников: их взаимоотношений с больными и их родственниками; взаимоотношений медицинских работников между собой; взаимоотношений медицинских работников с обществом.

Осуществление деонтологических принципов в психиатрии стало возможным лишь после того, как Великой французской революцией (1789—1794) были созданы реальные социальные предпосылки измене- ' ния отношения к психически больным, а сама психиатрия заняла прочное место в системе медицинских дисциплин. "Тогда душевнобольной человек выступает на фоне новой гражданственности, предъявляя молчаливое требование медицинской помощи и ограждения всех своих интересов как члена общества".* Центром борьбы за права психически больных оказался в тот период Париж. Здесь — в Бисетре и Сальпетриере — Ph.Pinel осуществил реформу, изменившую в корне содержание и лечение психически больных, находившихся в больнице, и тем самым заложил основы деонтологии в психиатрии. То, что он сделал, нельзя переоценить. Идеи РЬ.РшеРя распространились навесь цивилизованный мир, и их претворение в жизнь составило эпоху в психиатрии — эпоху Пинеля. Что представляли собой до реформы РЬ.РтеГя существовавшие во Франции учреждения для содержания психически больных, можно понять из приводимого ниже описания.

"Бисетр был огромным свалочным местом для нищих, бродяг, проституток, преступников. Уголовные содержались там в ожидании дня, когда выстроенные длинной шеренгой они должны будут приготовиться к отправке в Тулон или Брест, где поджидал их корабль, готовый взять курс на Кайенну. В других помещениях этого старинного аббатства, принадлежавшего около 1284 г. кардиналу Винчестеру (отсюда сперва искаженное Бисестер, а потом — Бисетр), находились под замком люди, для которых путешествие на каторгу в Южную Америку являлось бы истинным благодеянием по сравнению с перспективой до конца жизни оставаться здесь в конурах, где со стен капала вода и по гниющей соломе шуршали крысы".** Бисетр предназначался для содержания психически больных мужчин. Аналогичные условия содержания психически больных женщин были в то время и в Сальпитриере.

Поступив врачом в Бисетр в 1793 г., Ph.Pinel принял решение создать здесь медицинское учреждение для психически больных. Он начал обращаться к властям со своими предложениями. Его провозгласили за это "умеренным" и "аристократом" — оценки, равносильные в то время смертному приговору. Это не испугало РЬ.РтеГя, и он по-прежнему продолжал требовать от Парижского общинного совета согласия на свои действия. Президентом Коммуны был в то время парализованный J.Couton, видевший повсюду измены и заговоры. "Горе тебе, гражданин, — сказал он РЬ.РшеГю, — если ты нас обманываешь и между твоими помешанными скрываются враги народа". Ph.Pinel отвечал, что говорит правду и что его действия носят только меди-

* Каннабих Ю.В. История психиатрии. Гос. мед. изд., 1928, с. 20.

**Там же, с. 156.

22-587

цинский характер. "Мы посмотрим", — ответил ему неистовый член Конвента и на следующий день приказал принести себя на носилках в Бисетр. J.Couton решил сам расспросить больных поодиночке. Ответами ему явились вопли и браны Видя бесполезность своих усилий, J.Couton сказал: "Ах, гражданин, неужели ты сам помешан, что хочешь освободить этих животных (animaux)?" "Гражданин, — отвечал ему Ph.Pinel, — я убежден, что эти помешанные ведут себя так лишь потому, что лишены свободы". "Хорошо, делай с ними, что хочешь, но я боюсь, что сам ты станешь жертвой своих предрассудков". В тот же день расковали нескольких больных.*

Спустя два года Ph.Pinel перешел работать в Сальпетриер, где продолжил начатую в Бисетре реформу больничной психиатрии. То, что сделал Ph.Pinel для психически больных Парижа, его ученик — J.Esquirol сделал для психически больных Франции. Чтобы ознакомиться с их истинным положением, он объехал всю страну, посетив более 50 городов. Повсюду содержание психически больных не отличалось от того, которое было прежде в Бисетре и Сальпетриере. Доклад J.Esquirol'fl, озаглавленный "Учреждения для душевнобольных во Франции и меры по их улучшению", повлек за собой коренную реорганизацию всей французской больничной психиатрической помощи. J.Esquirol явился также создателем первого законодательства о психически больных, известного под названием "Закон от 30 июня 1838 года".** В нем нашли свое отражение и разрешение самые различные медицинские, юридические и административные вопросы, касающиеся:

а) защиты общества от неправильных действий со стороны психически больных;

б) обеспечения психически больных медицинской помощью в специально подготовленных учреждениях;

в) защиты прав психически больных.

Только с того времени, когда психически больные "впервые в истории психиатрии были восстановлены в человеческих и гражданских правах" (B.Morel, 1852), начинается систематическое осуществление принципов деонтологии в психиатрии.

На протяжении всего XIX века в большинстве стран Европы, в том числе в России, работают психиатры, осуществляющие и развивающие первоначальные достижения французской психиатрии.

Значительную роль в развитии врачебной деонтологии в нашей стране сыграла земская медицина. Земская психиатрия с самого начала носила социально-медицинский характер и была тесно связана с клинической психиатрией. Поэтому можно говорить, что зарождение социальной психиатрии и реабилитации психически больных началось в нашей стране еще в конце XIX века.* Социальная направленность земской психиатрии явилась, по мнению И.А.Сикорского (1910), источником постоянных столкновений русских психиатров с представителями государственной власти и как следствие — одной из важных причин того, что по числу самоубийств русские психиатры в конце XIX века занимали среди отечественных врачей всех остальных специальностей первое место.

* Цитировано по: R.Semelaigne. Les grands alienistes trancais. Paris, 1894. P. 42—43.

** Закон от 30 июня 1838 г. просуществовал без существенных изменений 130 лет — до января 1968 г.

В России систематическая разработка проблем психиатрической деонтологии и ее осуществление на практике связаны в первую очередь с именем С.С.Корсакова и созданной им школой московских психиатров. Это не означает, что до С.С.Корсакова среди отечественных психиатров не было последовательных защитников прав и достоинства душевнобольных. Здесь следует в первую очередь назвать В.Ф.Саблера (Москва) — русского Пинеля, по выражению П.И.Ковалевского; самого П.И.Ковалевского (Харьков); И.М.Балинского (Петербург); ученика В.Ф.Саблера — А.У.Фрезе (Казань). Однако без условий, созданных земской медициной, действия этих и ряда других отечественных психиатров ограничивались лишь руководимыми ими психиатрическими больницами.

Избрав специальностью психиатрию, С.С.Корсаков приступил к планомерной ее реорганизации, которую рассматривал как систему мероприятий, направленных на устройство психически больных в жизни вообще. С.С.Корсаков понимал, что одно лишь лечение в больнице неспособно избавить больных от всех тех зол, от которых они страдают. Однако именно с изменения всего строя больничной психиатрии и прежде всего — методов ухода за психически больными начал С.С.Корсаков свою деятельность. Работая ординатором Преображенской психиатрической больницы, С.С.Корсаков в 1881 году взял на себя обязанность консультанта частной лечебницы М.Ф.Беккер. В этой, основанной не на коммерческих, а на идейных началах лечебнице, С.С.Корсаков вместе с М.Ф.Беккер и решил ввести новые формы ухода — отменить любые насильственные меры при лечении психически больных, в первую очередь связывание и употребление горячечных рубашек. Гуманизм С.С.Корсакова основывался на убежденности в том, что на-

* Социальный характер земской психиатрии уже тогда привлек к себе внимание зарубежных психиатров. В наше время, когда проблема реабилитации психически больных является повсеместной, роль земской психиатрии в данном вопросе продолжает подчеркиваться на Западе. "Земская психиатрическая служба была самобытной общественной психиатрией, привлекшей внимание всех прогрессивно мыслящих психиатров" (A.Riev, 1968).

силие можно заменить такими методами, при которых оно сделается излишним. Без руководителя, не имея личного опыта, при противодействии со стороны старых служителей осуществил С.С.Корсаков свой план. "Первая проба, — писал впоследствии В.П.Сербский (1901), — была очень тяжела". Как раз в этот год в лечебнице находился крайне возбужденный больной с наклонностью к разрушению и обладающий при этом громадной физической силой. Достаточно сказать, что после его выздоровления пришлось заново ремонтировать тот флигель, в котором он находился. Однако для С.С.Корсакова это не явилось препятствием. Раз удалось последовательно провести систему нестеснения по отношению к наиболее трудному для ухода больному, то сами собой отпадали возражения против отмены насилия в обыкновенных случаях. "Введение нестеснения, — писал С.С.Корсаков, — ставит неминуемое требование сразу все улучшить, а это сразу же меняет и отношение больного к врачу, так что даже небольшое выражение несогласия со стороны последнего будет действовать дисциплинирующим образом, и этим можно заменить "лечебное действие рубашки" (1887).

Необходимость "все улучшить" включала в себя дружелюбное отношение к больным, заботу о разных мелочах их жизни, понимание, что каждому из них желательно, и, по возможности, исполнение разных мелких их потребностей, если только оно допустимо. Система нестеснения, введенная в частной лечебнице, постепенно стала проникать и в земские психиатрические больницы. В.П.Сербский (1901) считал, что эта сторона деятельности С.С.Корсакова нашла свое продолжение не только в России, но и за рубежом, в первую очередь во Франции, где в 80-х годах XIX века связывание больных не применялось только у V.Magnan'a. С.С.Корсаков понимал, что без участия земской психиатрии реформы в области больничной психиатрии останутся неосуществленными. Вот почему он всеми силами стремился к сближению академической психиатрии с земской. Примером такого сближения является тот факт, что тотчас после организации по инициативе С.С.Корсакова Московского общества невропатологов и психиатров в него были избраны в качестве членов-корреспондентов ведущие представители земской психиатрии — М.П.Литвинов, Б.П.Синани, П.П.Кащенко, В.П.Яковенко, П.Я.Якоби и др.

Сам С.С.Корсаков, "стоявший на грани нравственной гениальности" (Л.М.Лопатин, 1901), явился живым воплощением врачебного долга, совестью русских врачей. "С.С.Корсаков всю свою жизнь — короткую и в то же время необычайно длинную по всему тому, что он сделал, —

посвятил организованной и систематической заботе о Душевнобольном, защите его прав, активной любви к нему. Он учил и научил своих учеников любить душевнобольного и активно заботиться о нем; в этом его колоссальная и вечная заслуга".*

Деонтологию в отечественной психиатрии проводили в жизнь И.П.Мержеевский, В.П.Сербский, В.М.Бехтерев, Н.Н.Баженов, И.А.Сикорский, П.П.Кащенко, В.И.Яковенко, С.А.Суханов, П.Б.Ганнушкин, Л.А.Прозоров, Л.М.Розенштейн, Ю.В.Каннабих, Д.А.Аменицкий, Т.А.Гейер, В.А.Гиляровский, М.А.Джагаров, С.И.Консторум, Д.Е.Мелехов и др.

Особенности деонтологии в психиатрии определяются характером проявлений психических болезней и продолжительностью их существования — годы, десятилетия, всю последующую жизнь после начала заболевания. Ни при каких других болезнях, кроме психических, не встречаются стаким постоянством самые разнообразные отрицательные социальные последствия. У многих психически больных ухудшается приспособляемость к жизни, появляется зависимость от окружающих и одновременно ухудшаются отношения с теми, от кого они зависят. Очень часто меняется в худшую сторону социальный статус больного и его материальное положение. Обусловленное психическим заболеванием нарушение психического равновесия, межличностные и социальные конфликты с постоянством влекут за собой различные формы антиобщественного поведения,в том числе общественно опасные действия и самоубийства. Ограничения, налагаемые на человека в результате диагностики у него психического заболевания, а также предрассудки в отношении психически больных нередко приводят к упорному сокрытию факта болезни не только самим заболевшим, но и его родными, что всегда имеет нежелательные последствия. Существование многих психических болезней в течение длительного времени обусловливает необходимость регулярной связи между больным и психиатрическим учреждением. Такое учреждение занимается не только лечением больных, но и решает самые различные социальные вопросы, возникающие в связи с болезнью. Терапия душевных болезней включает в себя, кроме медикаментозного лечения и психотерапии в самых различных ее формах, и прямое принуждение в случае отказа психически больных получить медицинскую или социальную помощь. В связи с продолжительным пребыванием больных в психиатрических больницах встает вопрос о вредном их влиянии на за-

* Ганнушкин П.Б. К 25-летию смерти С.С.Корсакова. Избранные труды. М, Медицина, 1964, с. 57.

болевшего — явлении, получившем в последнее время название "госпитализм". Очень велика разница в методах обследования больных в психиатрии и в других клинических дисциплинах. В этом вопросе, как уже говорилось выше (см. главу "Клиническое исследование психически больных"), психиатрия пока занимает совершенно особое положение среди других медицинских дисциплин.

Деонтология в диагностике психических болезней

Вопросы диагностики в психиатрии были освещены выше. Теперь следует рассмотреть взаимоотношения психиатра с больным и его близкими, возникающие после того, как врач сформулировал возможные диагностические оценки и сделал из них практические выводы.

Психиатр, как и любой врач, вынужден постоянно давать разъяснения по поводу заболевания как родственникам больного, так и самому больному. Давая разъяснения, психиатр должен не только щадить тех, кому подобные сведения сообщаются, но и помнить об ограниченности своих диагностических и терапевтических возможностей. Преимущественно клинический метод диагностики большинства психических болезней нередко создает, особенно первоначально, серьезные трудности в определении нозологической принадлежности болезни. Еще большие трудности встают перед психиатром при установлении индивидуального диагноза больного. Во всех без исключения случаях это требует времени, обычно значительного, исчисляемого порой неделями и месяцами. Индивидуальный диагноз больного, всегда включающий и прогностические оценки, опирается на доскональное знание врачом самых различных клинических фактов, в частности, того, как влияет на больного проводимое ему лечение. Психиатрическое же лечение всегда бывает продолжительным. Но даже знание индивидуального диагноза больног.о далеко не всегда позволяет правильно определить закономерности последующего развития болезни, т.е. уверенно говорить о прогнозе. Длительное течение психических болезней и многочисленные, нередко совершенно непредсказуемые привходящие обстоятельства способны повлиять и на их проявления, и на особенности их развития, и на возможные осложнения, затрудняя или даже делая невозможными достоверные прогностические оценки отдаленного будущего. Сказанное не означает, что психиатр, давая разъяснения по поводу различных сторон заболевания, должен говорить излишне осторожно и неопределенно. О тех фактах, в которых психиатр уверен, он должен сказать четко. Другое дело, что

должно быть сказано далеко не все, в чем он уверен. Объем сообщаемых психиатром сведений зависит, в частности, от того, кому эти сведения предназначаются — самому больному или его родным. При прочих равных условиях родственникам обычно говорят о болезни — особенностях ее проявления, лечении, диагностических предположениях и т.д. — больше, чем больному, особенно если он помещен в стационар.

Первоначальная задача врача — разъяснить в главных чертах близким больного, а если позволяет его состояние, то и ему самому, используя, по возможности, простые слова и слова, употребленные самим больным в его жалобах, какими расстройствами проявляется в данное время болезнь и какие лечебные меры способны эти расстройства ликвидировать. За малым исключением, о котором будет сказано ниже, не следует торопиться с сообщением нозологического диагноза. Особенно это касается больных, у которых предполагается наличие шизофрении. Этого диагноза все очень боятся. С ним у всех связаны самые худшие опасения. Не удивительно, что, услышав при первом обращении к врачу диагноз "шизофрения", многие родственники начинают обращаться с целью проверки этого диагноза к другим психиатрам. Хорошо известно, что психиатры далеко не всегда едины в диагностических оценках и методах лечения. Родственников сбивает с толку нередкая в таких случаях противоречивость диагностических оценок. Они начинают своего рода борьбу за опровержение диагноза, которая крайне тягостно действует на больного, особенно если это сознательный больной. Лечебные меры в этот период отходят на второй план, что тоже имеет отрицательные, а иногда и трагические для больного последствия. Во многих случаях сообщение близким диагноза "шизофрения" до поры до времени вообще излишне. Вместе с тем родственники, да и сами больные часто интересуются в первую очередь именно диагнозом и возможными причинами болезни. По широко распространенному мнению, успешное лечение зависит от знания этих двух обстоятельств. Задача врача — дать такое направление беседе с родственниками, чтобы их внимание, а нередко и внимание самого больного было бы направлено на некоторые осознаваемые ими болезненные расстройства и на те лечебные меры, которые безусловно способны облегчить состояние больного. Что же касается диагноза, то больной и его родные, заинтересованные разговором о благоприятном воздействии лечения, нередко молчаливо принимают предлагаемую им позицию выжидания. Первоначально в разговоре с больным и его близкими, пожалуй, лучше не употреблять слова "психический, психическое". Они обычно пугают или вызывают оппозиционное отношение. Без ущер-

ба для дела их можно заменить словами "нервный", "ваше нервное состояние" — если речь идет о больных с пограничными состояниями и легко протекающими собственно психическими болезнями. В случаях манифестных психических расстройств лучше говорить о нервно-психическом состоянии или заболевании. Вместе с тем, при всех обстоятельствах — во всяком случае при разговоре с родными и почти всегда при разговоре с больным — следует совершенно твердо и определенно говорить о том, что характер болезни (состояния) таков, что требуется непременное лечение именно у психиатра. Здесь не будет расхождений. Другое дело, что всегда целесообразнее использовать слова, наименее травмирующие больного и его близких.

Конечно, не всегда следует умалчивать о диагнозе болезни. Существуют заболевания, при которых сокрытие диагноза, как правило, приносит лишь вред. Это в первую очередь группа токсикоманий. Постановка диагноза и ознакомление с ним самого больного и особенно его родственников определяет и поведение последних по отношению к больному, и тактику лечения.

Сообщение о сроках лечения должно, конечно, соотноситься с особенностями проявлений болезни. Ориентировать больного и его родных на непродолжительное лечение не следует, хотя первоначально не нужно говорить и о слишком длительных сроках. В значительном числе случаев можно сказать, что лечение на данном этапе в зависимости от обстоятельств продлится месяц — месяцы.

В вопросах определения прогноза болезни почти всегда следует проявлять осторожность. Если прогноз болезни достаточно серьезен, не следует сразу же говорить родственникам всей правды, а в разговоре с больным лучше вообще обойти стороной этот вопрос. С течением времени все постепенно встанет на свои места и травмирующие обстоятельства будут восприниматься легче. Напротив, при сравнительно легком заболевании, если его предыстория хорошо известна врачу, а медицинские данные свидетельствуют о благоприятном прогнозе, об этом следует сказать со всей определенностью и, по возможности, привести подтверждения на основании конкретных фактов, понятных больному и его близким. Лишь тогда, когда речь идет о несомненно ослабоумливающих органических процессах второй половины жизни, следует без промедления сообщить родственникам о неизбежных последствиях болезни, чтобы в случае необходимости заранее решить возможные юридические вопросы.

Когда врач сообщает родным больного или ему самому о факте психической болезни, он всегда наносит своим сообщением психическую травму, какими бы смягчающими определениями оно ни прикрывалось — "нервное истощение", "нервное заболевание" и т.д. Эта психическая травма чаще тяжелее переносится родственниками, чем самим больным. Еще большую травму наносит близким больного сообщение о том, что его предстоит поместить в психиатрическую больницу. Дело в том, что многие родственники воспринимают необходимость стационирования близкого им человека как обстоятельство значительно более тяжелое, нежели сам факт существования у него психической болезни. В болезнь еще не совсем верят, вызванные ею расстройства расцениваются еще как связанные с жизненными обстоятельствами, она еще воспринимается отвлеченно, — а вот необходимость стационарного лечения — это уже нечто достаточно определенное, и эта определенность пугает. Кроме того, существуют стойкие предубеждения против психиатрических больниц. Одно из них—это свойственная даже образованным людям уверенность в том, что совместное пребывание с психически больными пагубно отражается на психическом состоянии и усугубляет уже существующую болезнь. Это негативное отношение присуще даже тем родственникам, которые на своем опыте уже осознали все отрицательные последствия психического заболевания. Часто, особенно в детской и гериатрической психиатрии, родные понимают, что их близкие больны, и вместе с тем категорически отказываются лечить их у психиатров — не только в больнице, но и амбулаторно, считая, что домашние условия — хороший уход, доброжелательное отношение близких, их внимание смогут оказать благоприятное воздействие на течение болезни и смягчат ее проявления. И тем не менее, несмотря на то, что таким больным пытаются создать дома наилучшие условия, взрослеющий ребенок (чаще всего эретичный дебил, больной шизофренией с психопатическим поведением или олигофреноподобным дефектом) или пожилой человек с нарастающей деменцией со временем уже не могут удерживаться дома, без специального медицинского надзора. Необходимость их госпитализации нередко воспринимается родственниками, особенно матерями молодых больных, как крушение всего своего существования. В данном случае речь идет уже не о психологически понятных легких психогенных реакциях, а о явном заболевании, требующем биологического и психического лечения. Чаще всего такие тяжелые психогенные реакции возникают у родственников с сензитивно-шизоидными и дистимическими чертами характера, склонных к образованию сверхценных идей узкого семейного круга. Однако и в более легких, "повседневных" случаях врач обязан помнить об изменении психического состояния человека, поместившего

своего родственника в психиатрическую больницу, и применить по отношению к нему необходимые лечебные меры, в первую очередь,психотерапию.

Вопрос о том, в каких условиях следует осуществлять лечение — в психиатрическом диспансере или в психиатрическом стационаре — как уже было сказано, очень важен и для самого больного, и для его родных. Если необходимо помещение в больницу в связи с наличием психоза, в диспансере это обсуждается предварительно сродственниками. Их согласие на госпитализацию облегчает задачу врача — в частности, дает ему возможность действовать уверенно и без колебаний. Следует помогать родственнику принять нужное решение. Это достигается в какой-то мере уже во время сбора объективного анамнеза. Родственник, сообщая те или иные факты, касающиеся болезни, сам или с помощью умело задаваемых врачом вопросов переосмысляет сообщаемые сведения в нужном направлении, начиная расценивать их не с бытовой, а с медицинской точки зрения. Обязательно — и родным, и если позволяет психическое состояние, то и больному — даются разъяснения по следующим вопросам: условия содержания больных в психиатрической больнице, прежде всего их помещение в отделение в зависимости от их психического состояния, значение медицинского надзора, который может быть осуществлен только в условиях больницы, разнообразные методы обследования, способствующие установлению правильного диагноза, применение лекарственных средств в дозах, недоступных при амбулаторном лечении и т.д. Если разъяснения и убеждения родственника в необходимости госпитализации не достигают цели, следует со всей определенностью сказать ему о том, что недостаточное и не оказываемое в нужных условиях своевременное лечение ухудшает прогноз заболевания и что при этом увеличивается риск медицинских и социальных последствий. Если в анамнезе у больного или у его близких встречались противоправные деяния и особенно суицидальные попытки, необходимо сказать, что такие действия имеют тенденцию к повторению и в последующем становятся более серьезными. Одновременно всегда желательно повторять, что своевременное стационирование смягчает или даже полностью устраняет неблагоприятные социальные и медицинские последствия заболевания. Когда договоренность сродственниками о стационировании достигнута, от больного не следует скрывать данного обстоятельства. Ему говорят об этом спокойно, мягко и твердо. В случае крайней необходимости лучше прибегнуть к силе. Больные, сохраняющие сознание болезни (а это возможно и при наличии психоза), обычно уступают, не видя другого

выхода. Позже они почти всегда простят допущенное в отношении них насилие, но никогда не забудут и не простят обмана. "Если хотят поместить больного в лечебницу, то нужно его предупредить об этом. Многочисленные опыты показали, что бесконечно выгоднее привести больного в заведение силой, несмотря на отчаянное сопротивление с его стороны, чем завлечь его туда хитростью. Подобный обман обыкновенно страшно озлобляет больного и отнимает у него надолго столь необходимое доверие к лечебнице... Большая часть выздоравливающих благословляют свое поступление в заведение".*

Значительно большие трудности при решении вопроса о госпитализации представляют те случаи психических болезней, когда интенсивность психических расстройств не достигает степени выраженного психоза.**

Здесь можно дать лишь некоторые рекомендации. Если больной обратился к психиатру самостоятельно — а это всегда свидетельствует о сознании болезни — вопрос о госпитализации решается в первую очередь с ним. Когда приводят доводы о необходимости лечения в больнице, не следует говорить о социальных последствиях болезни, а, говоря о медицинских последствиях, упоминают прежде всего о том положительном, чего следует ждать от лечения. Родственника ставят в известность после того, как с самим больным будет достигнута твердая договоренность. В других нетяжелых случаях также целесообразнее вначале сказать о госпитализации самому больному, а уж затем — родственнику. При последующей совместной беседе с ними обоими врачу легче вести беседу в нужном для него направлении, т.к. он знает мнение и той, и другой стороны. Иногда допустим психологический нажим на больного. Исключение представляют больные с депрессиями. "Давить" на них не следует. Доброжелательным разговором и некоторыми разъяснениями очень часто можно добиться желаемого".***

Помещение психически больного в больницу представляет для него, как правило, событие чрезвычайной важности. Оно изменяет, и зачастую надолго, весь прежний уклад его жизни — отрывает от семьи, ра-

* Гризингер В. Душевные болезни. СПб., 1867, с. 607, 545.

** Психоз — наиболее тяжелые формы психических болезней, проявляющиеся бредом, выраженными аффективными расстройствами, галлюцинациями, кататоническими симптомами и т.д.

*** Регламентация условий, при которых возможно помещение психически больных в стационар, изложена в Приказе № 245 от 2 сентября 1992 г.: "О законе Российской Федерации о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".

боты, лишает привычного общения и занятий, общественной деятельности и т.д. С момента стационирования психически больной человек уже не принадлежит себе и не может находиться один. Его жизнь проходит на глазах многих, он становится частью совершенно новой для него системы. Все это усугубляется тем обстоятельством, что такие важные и тягостные перемены зачастую совершаются вопреки желаниям и воле больного. Принуждение, а иногда и прямое насилие, совершенно неприемлемые в других областях медицины, в психиатрии представляются нередким явлением. "...Принцип насилия, где бы оно ни применялось и какими бы соображениями ни диктовалось, все же сохраняет всю остроту и тяжести, и неприятности, почему психиатры и устанавливают возможно тесные, возможно узкие показания — именно показания явной опасности душевнобольного для себя или для других — при наличности каковых показаний только и может быть допущено принудительное помещение и дальнейшее содержание больного в специальном учерждении".*

Деонтология в условиях стационарного лечения

Психические болезни и связанные с ними тягостные, зачастую мучительные расстройства, необходимое во многих случаях длительное пребывание в больнице, ограниченность, в силу самых разных причин, возможности общения с другими людьми вынуждают психически больных жить своим собственным миром. Долг медицинского персонала, которому вверены и отданы на попечение больные — не только лечение и уход за ними в узком смысле этого слова, но и создание для них таких новых условий жизни, в которых бы они не чувствовали себя отчужденными от окружающего мира и от своего прошлого. Медицинский персонал должен уметь проникнуться этим новым миром больных и быть одновременно связующим звеном между ними и всей их прошлой жизнью. Это становится возможным лишь тогда, когда больные воспринимаются медицинским персоналом не просто как лица, страдающие теми или иными психическими заболеваниями, но и как,люди, жившие прежде здоровой жизнью и имевшие в ней свои ценности. В этом случае история болезни перестает быть для лиц, имеющих дело с психически больными, только медицинским документом. Она становится источником сведений о больном как о человеке, приобретает качества биографии. Знакомство не только с больной, но и с прежней, здоровой личностью заболевшего

* Ганнушкин П.Б. Психиатрия, ее задачи, объем, преподавание М 1924, с. 18.

позволяет медицинскому персоналу оказывать на больных то влияние, которое прежде психиатры называли "моральным". Именно "моральному" влиянию С.С.Корсаков придавал первостепенное значение в период пребывания больных в психиатрическом стационаре, считая его неотъемлемой частью проводившегося в нем лечения.

Вся работа персонала и его отношение к психически больным должны носить характер стройности, дающей тон всей жизни отделения. Это достигается тактом, спокойным и ровным отношением к больным и друг к другу, твердостью и уверенностью в себе, а также внешними формами поведения, лишенными нервозности, суетливости, резкости, шума. Обстановка тишины и спокойствия, планомерность и система в уходе имеют первостепенное значение и для больных, и для персонала. Как известно, многие больные постоянно наблюдают за жизнью отделения, быстро улавливают все происходящее вокруг и реагируют на него словами и поведением, как бы "заражаются" им. Уклонение от правильного тона и системы вносит в работу персонала беспорядок и дезорганизует ее, осложняя жизнь отделения. Усвоение "психиатрического тона" в поведении, высказываниях и действиях всегда должно быть осознанным и индивидуальным. Только тогда "психиатрический тон" будет живым и лишенным фальши. В противном случае полноценная помощь психически больным окажется невозможной. Спокойное и ровное отношение к больным подразумевает также умение персонала одинаково относиться ко всем больным, не высказывая наружно своих симпатий или неприязни — отношение должно быть лишено личного оттенка. Еще и сегодня приходится слышать в разговорах психиатров между собой такие, например, высказывания: "Я очень люблю душевнобольных, но вот не переношу истериков и алкоголиков". — "А я, — подхватывает другой, — больше всего люблю иметь дело с психастениками". Таких высказываний о разных категориях больных можно привести немало. Психологическое неприятие больного нередко, зачастую против воли врача, сказывается и на его манере разговаривать с больным, и на врачебных рекомендациях. Здесь медицинский критерий в той или иной мере подменяется бытовым. Для психиатра такая подмена недопустима. Подобное отношение к психически больным является, возможно, пережитком того периода в психиатрии начала XIX века, когда их высказывания и поведение рассматривались не с позиций медицины, а с позиций морали.

Доброжелательность и мягкость в обращении с больными не должнУ подменяться слащавостью, сентиментальностью и фамильярностью. Самообладание, так необходимое персоналу, включает и способность

полностью подчинить свои мысли, чувства и интересы профессиональной деятельности. На время выполнения своих обязанностей нужно уметь отрешиться от мыслей и чувств, не имеющих отношения к больным. Обычно больные расценивают разговоры персонала, не имеющие непосредственного отношения к выполняемой им работе, как невнимательность, неуважение или же просто как равнодушие. Многие больные не прощают ухаживающему персоналу разговоров о личной жизни, которые они слышат, особенно о тех ее сторонах, которых они лишены сами. Умение владеть собой необходимо проявлять и в отношении.различных тягостных сторон, неизбежно сопровождающих психические болезни. Сюда относится, например, реакция персонала на страдания больных. Многие не могут привыкнуть к ним даже после многолетнего общения с психически больными. В то же время живая и сочувственная реакция на переживания больных дает порой самые неожиданные и совершенно нежелательные результаты. К неуместным и просто вредным реакциям персонала относится страх перед психически больными. Этот страх бывает безотчетным или же вызывается характером проявлений болезни. Чувство страха перед больными несовместимо с полноценной медицинской помощью и уходом. Поэтому страх необходимо подавить. Это необходимо еще и потому, что больные всегда его подмечают, а он сразу же роняет персонал в их глазах. Многие больные расценивают страх по отношению к себе как прямое оскорбление. Нередко он вызывает у них насмешку, презрение, неприязнь или озлобленность. То же самое следует сказать о чувстве брезгливости по отношению к больным. Для лечения и полноценного ухода за больными необходимо подавить в себе это чувство, попросту забыть о нем, так как иначе работа психиатрического персонала сделается невозможной. Нередко психически больные раздражаются, начинают относиться к персоналу неприязненно и даже угрожают ему. На эти явления необходимо реагировать спокойно и сдержанно, ни в коем случае не вступать с больными в объяснения в присутствии других больных. Если позволяет психическое состояние больного, его мнение необходимо выслушать в личной беседе. Вместе с тем никогда не следует недооценивать угроз, с которыми больные могут обращаться к кому-нибудь из персонала. Пренебрежение угрозами может вызвать агрессивные действия со стороны больных. Следует помнить, что за исключением некоторых психопатологических состояний (кататоническое возбуждение, возбуждение, сопровождаемое помрачением сознания, в первую очередь сумеречным, тяжелая дисфория, некоторые бредовые состояния с императивными галлюцинациями) агрессивное поведение больных, как правило, вызывается какими-либо, пусть даже самыми мелкими, промахами в высказываниях и поведении персонала. Меры предосторожности, предпринимаемые врачом в случае угроз больных — перевод в другое отделение или наблюдательную палату, прекращение прогулок, изменение лечения и т.п. — должны иметь четкое медицинское обоснование. В противном случае они расцениваются больными как незаслуженное наказание и действуют на них угнетающе или озлобляюще, а в персонале порождают или укрепляют мнение, что репрессивными мерами поведение больного можно сделать более удобным для ухода за ним. Также недопустимо со стороны персонала и заискивающее поведение перед больными. Многие больные с интенсивными психопатологическими расстройствами (галлюцинации, бред, психомоторное возбуждение) упорно, с огромным для себя напряжением сопротивляются совершению агрессивных поступков в отношении ухаживающего персонала. Поправившийся больной, который перенес психоз с кататоническими симптомами, сообщил лечащему врачу, что у него в период болезни существовали обильные, в том числе императивные, вербальные галлюцинации. Когда врач во время обходов подходила к больному, "голоса" приказывали: "Вот она наклонилась к тебе, убей ее — задуши или ударь головой о стену". "Я готов был им подчиниться, но каждый раз у меня возникала мысль: за что убивать, ведь она добра ко мне, сама кормит, хотя могла бы поручить персоналу кормить меня зондом..." "Практическое знакомство с помешанными убеждает нас в страшном самообладании, на которое они способны даже под влиянием соответствующих побуждений. Даже отчаяннейшим душевно болезненным импульсам человек может иногда сопротивляться с успехом в продолжение известного времени". (W.Griesinger, 1867).

Врачебные обходы отделения, а также обходы врачей совместно с заведующим или с психиатром-консультантом имеют целью не только личное общение с больными, но во всех случаях должны преследовать и психотерапевтические цели. К подавляющему числу больных следует обращаться по имени и отчеству, и лишь сравнительно редко — только по имени. Обращение по имени не означает, что больному следует говорить "ты". Даже если такое обращение вполне уместно в личной беседе, оно не желательно в присутствии других больных, т.к. подчеркивает их неравноправность. Лучше обойтись без личных местоимений, с упоминанием одного лишь имени: "Ну как, Володя, болят места уколов?" — и т.п. Правильное обращение не только защищает достоинство больного, которым многие из них очень дорожат, но и сразу же дает

почувствовать, что каждый больной занимает в мыслях врача индивидуальное место. Это чувство еще больше усиливается, если вопросы врача касаются тех расстройств, о которых больные охотно говорят при посторонних (физическое состояние, настроение, времяпровождение), но не затрагивают тех сторон их состояния, о которых они говорить не хотят. Знание истории болезни, данные дневника наблюдения, сведения, которые врач может почерпнуть из разговоров о больных с персоналом, позволяют достаточно четко намечать для каждого больного примерный круг вопросов, задаваемых при обходе отделения. Разговор во время обхода должен быть кратким — чаще всего два-четыре вопроса. Затягивание беседы резко удлиняет время обхода, утомляет персонал, будоражит больных — это особенно заметно, когда в обходе принимает участие несколько человек. П.Б.Ганнушкин, всегда хорошо знавший заранее психическое состояние больных в отделении, где ему предстояло делать обход, обычно делал его в сжатые сроки. Если во время обхода выясняется, что состояние больного изменилось, или возникает необходимость уточнить его психический статус, это следует делать в кабинете, а не в палате. "Терпение, любовное отношение к личности каждого больного; с одной стороны — податливость, но без слабости, с другой — твердость, но без суровости — вот руководящие принципы деятельности врача-психиатра" (E.Kraepelin, 1912).

Профессиональные разговоры врачей между собой в присутствии больных, будь то во время обходов или во время консультаций, должны быть сведены к минимуму, а самое лучшее — исключать их совсем. Разговоры на профессиональные темы среднего и младшего медицинского персонала в присутствии больных недопустимы. Как уже говорилось, все настроения и интонации окружающих здоровых людей психически больные тотчас улавливают и истолковывают по-своему, чаще всего — в неблагоприятном для себя смысле. Это, естественно, порождает у них волнения, страх, даже отчаянье. Поэтому врачи в присутствии больных говорят только с ними, но не о них.

Введение терапии психотропными средствами резко изменило симптоматологию большинства психических болезней. Редуцировались и просто исчезли многие из наиболее тяжелых их проявлений. Лекарственный патоморфоз все больше видоизменяет клинические проявления психических болезней. Вместе с тем, при лечении психотропными средствами врачи нередко упускают из виду ряд обстоятельств. Так, быстрое повышение доз психотропных средств, часто практикуемое в больницах, без одновременного достаточного применения корректоров влечет

за собой развитие выраженных нейролептических симптомов. Подобные расстройства всегда действуют крайне угнетающе и на самих больных, и особенно на их родственников, так как очень часто расцениваются ими в качестве резкого прогрессирования или самого психического заболевания, или связанных с ним осложнений. Особенно болезненно появление нейролептических расстройств воспринимают родственники детей, молодых и пожилых больных в связи с тем, что они при этом внешне выглядят беспомощными и слабоумными. За редким исключением, все родственники хотят знать, чем лечат их близких. Нередко у родственников возникают вопросы и о причинах применения высоких доз: "Ведь он глотает лекарства горстями". Это не праздные вопросы. Мнение о вредном влиянии на организм человека "химии" распространено очень широко. Врачи психиатрических стационаров во многих случаях игнорируют эту сторону лечения. Они ставят и больных, и их родственников перед фактом и не хотят вдаваться в детали. В то же время почти всем родственникам и немалой части больных уже в самом начале лечения можно в той или иной степени разъяснить терапевтическую тактику врача. Но есть и еще одно обстоятельство, ставящее врача перед необходимостью сообщать близким, а иногда и самим больным, какими препаратами и в каких дозах их лечат. Эти данные позволяют больным и их близким знать терапевтический анамнез и тем самым облегчить подбор лекарственных средств в будущем, возможно, в условиях другой психиатрической больницы. Очень часто действие психотропных средств вызывает столь быстрое улучшение психического состояния, что уже после сравнительно короткого курса лечения больного выписывают из больницы, но при этом по разным причинам не обеспечивают ему необходимой поддерживающей терапии. В результате перерыва в лечении быстро наступает обострение психических расстройств и, как следствие, повторное стационирование в психиатрическую больницу. Создается положение, получившее название "психиатрия вращающихся дверей". Однако при стационарном лечении может возникнуть и диаметрально противоположная ситуация. В силу ряда причин, в частности, из-за неправильного или недостаточно интенсивного лечения, пребывание больного в стационаре надолго затягивается и первоначально благотворное влияние больничной обстановки сменяется действием отрицательным. Еще в середине прошлого столетия H.Tuke обозначил вредные последствия продолжительного пребывания психически больных в стационаре термином asylum dementia. Этот факт был еще ранее отмечен В.Ф.Саблером, который задолго до H.Tuke ввел в Преображенской больнице раннюю выпис-

ку с тем, чтобы больной как можно быстрее мог попасть в условия, укрепляющие его жизненный тонус. Таким же противодействием отрицательному влиянию длительного пребывания психически больных в стационаре является установление у них рабочего режима, "почти принудительного для некоторых категорий больных" (П.Б.Ганнушкин, 1924).

Чем в большей степени психопатологические расстройства подда-, ются действию биологической терапии, тем большее значение при об-' щении врача с больным имеет психотерапия. Одна их важнейших ее це-' лей — убедить больного в том, что пребывание в стационаре представ- і ляет собой лишь начальный этап лечения, во время которого происхо-1 дит подбор наиболее эффективных лекарственных средств и их дозиро-1 вок. При улучшении психического состояния больного можно, исполь-1 зуя данные анамнеза, показать, что его болезнь в более мягкой форме| существовала задолго до помещения в больницу и что исчезновение^ симптомов психического расстройства в настоящий момент еще не является гарантией полного выздоровления, во всяком случае, на ближай- і шее время. Поправляющийся больной, начинающий критически оценивать свое состояние и положительное действие проводимой ему терапии, обычно воспринимает такие сведения правильно. Осознанное согласие больного продолжить лечение в амбулаторных условиях — важный показатель улучшения его психического состояния. О необходимо-, сти последующего амбулаторного лечения должны быть, разумеется,! поставлены в известность и родственники больного. Если они проявляют недопонимание значения поддерживающей терапии, его желательно устранить всеми силами. Ведь существует большое число психических заболеваний, например, почти все случаи злокачественной шизофрении, где врач в последующем амбулаторном лечении может рассчитывать исключительно на родных больного, но никак не на него самого. В амбулаторном лечении, во всяком случае, в постоянной связи с психиатром в различные периоды жизни нуждаются не только больные, перенесшие манифестные психозы, но и дчень многие больные с расстройствами, относящимися преимущественно или целиком к пограничной психиатрии.

Улучшение психического состояния больного ставит психиатра перед необходимостью решать вопрос о выписке больного из стационара, в том числе — о конкретных сроках ее осуществления. К моменту выписки должны быть урегулированы основные бытовые и медицинские вопросы, с которыми больной столкнется после того, как окажется вне стен

больницы, так как они могут повлиять на его психическое состояние. Среди этих вопросов наиболее важны следующие: одиночное проживание или проживание в кругу семьи, возвращение к прежней профессиональной деятельности (если больной работал) или необходимость смены специальности, влекущая за собой определенные социальные меры, вопросы, связанные с учебой — для учащихся, занятостью — для лиц неработающих, связь с психиатрическим диспансером, которая имеет особенное значение, если больной переводится на поддерживающее лечение и т.д. Сама выписка из психиатрической больницы может быть осуществлена лишь тогда, когда врач, опираясь на свое знание психического состояния больного и анамнез его болезни, может сделать заключение о том, что риск быстрого ухудшения или возникновения различных социальных последствий (в первую очередь самоубийства и совершения общественно опасных деяний) если и не исключен, то, по крайней мере, сведен до минимума. Принятие верного решения о выписке, не грозящей больному или его окружению никакими отрицательными последствиями — это, пожалуй, один из самых сложных вопросов клинической психиатрии. Именно при решении вопроса о выписке психиатры чаще всего совершают наиболее тяжелые по своим последствиям врачебные ошибки. Не представляется возможным дать исчерпывающий перечень п о - Казани и, п озв о л яющих безбоязненно осуществить выписку психически больного из стационара. Можно лишь указать на наиболее значимые. К ним относятся:

1. Исчезновение всех психопатологических расстройств, или, по меньшей мере, значительная редукция большинства из них, прежде всего наиболее тяжелых. При многих психических болезнях всегда остаются те или иные позитивные симптомы (злокачественная юношеская шизофрения, а также многие другие случаи шизофрении, сенильные психозы, хронически текущие алкогольные галлюцинозы и т.д.). Важно, чтобы эти резистентные к действию лекарств психические нарушения перестали оказывать влияние на поведение больных. Наибольшую важность из-за частоты неблагоприятных последствий представляют аффективные (депрессивные) расстройства. Их наличие в любой форме, в том числе в форме ипохондрических и "ворчливых" субдепрессий, субдепрессий с невротическими симптомами, субдепрессий с суточными колебаниями настроения и др. — противопоказание к выписке. Пожалуй, можно считать правилом, что депрессивных больных следует "передерживать" в больнице, т.е. не будет ошибкой задержать их в стационаре, хотя их состояние, казалось бы, уже вполне удовлетворитель-

но. Для психиатра "передержать" больного — почти всегда ошибка. Депрессивные больные составляют здесь исключение. В отношении больных с депрессивными расстройствами М.М.Асатиани всегда говорил своим ученикам: "Сохраните вашему больному только жизнь, а состояние его, скорее всего, пройдет само по себе". Следует помнить, что очень многие бредовые и галлюцинаторно-бредовые психозы, в первую очередь шизофрения, протекающая приступами, заканчиваются легкими депрессивными расстройствами, и поэтому страдающие ими больные нередко требуют к себе такого же отношения, как и больные *с* чисто депрессивными нарушениями. Следующее место по важности последствий занимают бредовые состояния, в первую очередь бред супружеской неверности, ипохондрический бред и бред отравления, при которых причиной своего семейного неблагополучия или болезненного состояния больные считают конкретных лиц, обычно лиц ближайшего окружения. Больные с бредом супружеской неверности представляют наибольшую опасность для своих жен в тех случаях, когда бред у них сопровождается пьянством. Если бредовые расстройства не поддаются полностью действию терапии, то для выписки больного необходима полная уверенность в том, что бред дезактуализировался.

2. Отсутствие колебания психического состояния больного, в том числе изменений в его поведении; даже если остаются некоторые позитивные расстройства, прежде всего бредовые и галлюцинаторные. Ровным состояние должно оставаться и при снижении лекарственных доз.

3. Появление критического отношения к перенесенному психическому заболеванию или, как минимум, появление стойких и не меняющихся в своем содержании высказываний, свидетельствующих о наличии сознания болезни. К последнему относят такую реакцию на существующее или прошедшее заболевание, при которой критическое отношение распространяется лишь на отдельные проявления болезни: больные считают, что в их психическом здоровье существовали или существуют неполадки, но в целом не рассматривают свое состояние как психическую болезнь. Сознание болезни во многом аналогично понятию "частичная критика".

4. Доступность больных в отношении бывших у них болезненных расстройств и отсутствие диссимуляции.

5. Появление у больного обыденных интересов и желаний, отсутствовавших в период отчетливых проявлений болезни, их распространение на будущее и в какой-то мере (насколько это позволяют условия стационара) — их частичная реализация.

6. Заинтересованность больного в выписке, разговоры на эту тему с врачом, обсуждение различных вопросов, связанных с выпиской из больницы, и вместе с тем — терпеливое ее ожидание. Если больной настойчиво просит о выписке, приводит в связи с этим, казалось бы, совершенно разумные доводы, но его психическое состояние мало изменилось в лучшую сторону или вовсе не изменилось — значит, состояние больного ухудшилось, за ним необходим неустанный надзор и, возможно, изменение лечения.

7. Правильное отношение к близким и преобладание в разговорах с ними тем обыденного содержания.

8. Охотное согласие продолжать в амбулаторных условиях начатое в больнице лечение, без каких-либо попыток установить для него жесткие и особенно — непродолжительные сроки.

Во всех случаях перед выпиской больного из стационара необходимо еще раз возвратиться к его анамнезу. Изменившееся к лучшему состояние больного всегда позволяет внести в прежний анамнез дополнения, дающие возможность правильнее оценить бывшие ранее болезненные симптомы, а нередко — и выявить расстройства, прежде скрываемые больным или оставшиеся нераспознанными по тем или иным причинам. Получаемые от больного новые клинические данные позволяют внести поправки в сложившееся у врача мнение о прогнозе болезни и о возможных социальных последствиях. К наиболее серьезным из них относятся самоубийство и совершение общественно опасных деяний.

Не существует достоверных признаков, на основании которых можно точно предугадать возможность самоубийства. Можно лишь выявить факты, повышающие риск суицида. К ним относятся:

1) наличие суицидов и суицидальных попыток у родственников больного; следует выяснить при этом возраст, в котором они были совершены — несомненно, существует семейное предрасположение не только к суицидам, но и к их совершению в определенном возрасте: если в восходящем поколении больного обнаружены случаи самоубийства, есть риск, что в поколении пробанда они могут быть совершены в более молодом возрасте;

2) наличие в анамнезе заболевшего суицидальных мыслей, обдумывания методов совершения суицидов, соответствующих подготовлений (например, накопления снотворных), суицидальных попыток;

3) наличие у заболевшего в прошлом поступков, возникавших спонтанно или под влиянием внешних причин, а потому как будто психологически понятных, повлекших за собой резкое изменение привычного стереотипа жизни и (или) профессиональной деятельности больного;

4) неадекватные реакции на неблагоприятные события личной и профессиональной жизни;

5) наличие в прошлом депрессивных расстройств;

6) наличие (особенно у лиц пожилого возраста) хронических соматических заболеваний, вызывающих физические страдания и затрудняющих приспособление к жизни;

7) одиночное проживание, в первую очередь — у пожилых людей;

8) неблагоприятные семейные условия, травмирующие психику больного;

9) осложнение психического заболевания алкоголизмом и другими токсикоманиями.

Сочетание нескольких из перечисленных пунктов повышает риск суицида.

Прогнозирование вероятности совершения больным общественно опасных деяний (ООД) требует, так же как и прогнозирование возможности суицида, учета клинических и социальных факторов.

Из клинических факторов, повышающих риск совершения ООД, следует отметить:

1) раннее, особенно в детском, пубертатном и юношеском возрасте, начало болезни, которая, таким образом, поражает еще не сформировавшуюся личность и часто влечет за собой появление стойких психопатоподобных расстройств;

2) возраст больных — прежде всего от 16—17 до 30—35 лет;

3) малая выраженность (относительная легкость проявлений) позитивных расстройств, т.е. тенденция к вялому течению болезни;

4) наличие среди позитивных симптомов разнообразных по проявлениям расстройств в сфере влечений, в первую очередь — ведущих к пьянству, употреблению наркотиков и сексуальным эксцессам, особенно в форме перверзий;

5) наличие среди личностных особенностей больного таких черт, как эмоциональный изъян, повышенная возбудимость, психический инфантилизм, которые свидетельствуют о психопатическом складе характера, психопатоподобных изменениях а также легкой дебильности.

При рассмотрении социальных (микросоциальных) факторов должны приниматься во внимание как те, которые предшествовали заболеванию, так и те, которые существуют на момент выписки больного из стационара. Среди предшествующих болезни социальных факторов следует учитывать:

1) асоциальное поведение родителей, в том числе — повлекшее за собой судимость; существование у родственников больного алкоголизма и других токсикоманий;

2) неполная семья, в которой больной в детстве, пубертатном возрасте или в юности был предоставлен самому себе (безнадзорность) или, напротив, подвергался опеке, сопровождаемой вседозволенностью;

3) нестойкость или отсутствие в детские и школьные годы интере-' сов и увлечений, способствующих формированию личности; плохая успеваемость в школе и прекращение учебы;

4) раннее начало трудовой деятельности в среде, где находились лица с антисоциальными тенденциями;

5) частая смена мест работы, перерывы в трудовой деятельности, отсутствие к моменту начала заболевания устойчивого трудового статуса (определенной специальности, стремления получить ее и повысить свою квалификацию; отсутствие стремления к самоутверждению в профессии и трудовом окружении);

6) наличие в анамнезе проступков и правонарушений, в том числе и таких, которые повлекли за собой административную и (или) судебную ответственность.

Среди существующих на момент выписки больного микросоциальных факторов, способствующих совершению ООД, важно отметить:

1) наличие антисоциальных тенденций в среде, в которой больному предстоит жить, в частности, асоциальное поведение родителей и отсутствие отрицательного отношения к нему со стороны больного;

2) нетрудоустроенность и бытовая неустроенность больного к моменту выписки;

3) отсутствие постоянной связи с психиатрическим диспансером, вызванное, в частности, отрицательным отношением к амбулаторному лечению.

Для врача стационара при выписке больного важна в первую очередь оценка факторов риска суицида. Факторы риска совершения ООД выявляются в первую очередь для того, чтобы ими мог воспользоваться в своей работе врач психиатрического диспансера, который всегда должен знать условия, повышающие риск совершения больным как суицида, так и ООД — ведь оба этих вида социальных последствий, особенно последний, наблюдаются, по преимуществу или как правило, вне стен психиатрической больницы.

При выписке больного из стационара врач обязан дать его родственникам следующие пояснения и рекомендации:

1) сообщить в доступной форме особенности психического состояния больного на момент выписки и перечислить в доступной форме основные признаки возможного ухудшения;

2) дать четкие указания относительно приема лекарств и образа жизни больного на ближайшее будущее; особенно важно рекомендовать обязательное врачебное наблюдение и лечение в психиатрическом диспансере; следует со всей определенностью еще раз сказать родственнику о том, что лечение в психиатрической больнице — это всего лишь начало лечения и последующей совместной борьбы за будущее больного, еще раз напомнить о необходимости запастись терпением;

3) исходя из знания личности больного, особенностей его болезни и бытового окружения дать близким.совет в отношении способа обращения с ним, подчеркнув, что только хорошее понимание особенностей личности больного и симптомов его болезни, особенно легких, поможет им в конце концов самим найти правильные формы обращения с больным; подчеркнуть, что в этом вопросе личный опыт родственника и его здравый смысл помогут понять состояние больного лучше, чем специальная литература;

4) рекомендовать родственнику во всех затруднительных случаях незамедлительно обращаться к врачу.

Следует обязательно предупредить родственника о том, что если в ближайшее после выписки время, особенно в течение первых десяти-пятнадцати дней, состояние больного начнет колебаться или появятся какие-либо отсутствовавшие при выписке болезненные симптомы — больного следует без промедления привести в больницу для консультации или стационирования. Всем этим достигается осознание родственником своей сопричастности к лечению больного. Родственник начинает понимать, что вне условий медицинского наблюдения он становится "глазами" врача.

Деонтология в условиях амбулаторного лечения

Врач психиатрического диспансера всегда является социальным психиатром. Вместе с тем, он должен оставаться клиницистом и лечащим врачом. Без этого невозможна правильная^азработка социальных мероприятий. Клиническая работа психиатра в диспансере определяется рядом особенностей. Врач диспансера имеет дело со всеми формами психических заболеваний, начиная с самых легких, граничащих с психическим здоровьем, и кончая наиболее тяжелыми. Однако в диспансере существуют группы больных, с которыми психиатру приходится встречаться чаще всего. Это больные со стертыми и пограничными формами психических болезней, а также больные в состоянии ремиссии после перенесенных психозов с различной давностью болезни. Разнообразие клинических форм, с которыми встречается в своей практике врач психиатрического диспансера, требует от него специальных знаний, одновременно и очень широких, и вместе с тем достаточно глубоких по отношению к наиболее часто встречающимся формам психической патологии. В диспансере основная форма психиатрического обследования — расспрос — имеет определенную направленность. Кроме того, расспрос сам по себе претерпевает определенные изменения. Особенности диагностического расспроса в условиях амбулаторного приема связаны со спецификой работы врача и ее ритмом. Расспрос больного направлен в первую очередь не на сбор анамнестических сведений, а на выявление особенностей настоящего психического состояния. Сведения, относящиеся к анамнезу, используют прежде всего для того, чтобы с их помощью точнее оценить статус больного, т.е. анамнез вначале выполняет в какой-то степени вспомогательную роль. Правильная оценка психического статуса нужна для решения первого, наиболее важного вопроса, встающего перед врачом диспансера: где лечить больного — в условиях диспансера или в психиатрической больнице. Форма расспроса претерпевает изменения в связи с тем, что время беседы врача с больным в условиях диспансера всегда ограничено. Поэтому большое значение приобретает способность врача в короткий срок "разговорить" больного и умение придать беседе необходимую направленность, не нарушая вместе с тем основных принципов расспроса психически больных (см. главу "Клиническое исследование психически больных"). Трудность расспроса в условиях диспансера вызывается еще и тем, что основной контингент больных составляют лица с расстройствами, относящимися к пограничной психиатрии. Выявить их намного сложнее, чем манифестные психопатологические симптомы. В некоторых случаях это связано с тем, что у легко болеющих психопатологические симптомы очень часто прикрываются психологически "понятными" домыслами больных о причинах их возникновения. Мысль врача в таких случаях может легко переключиться с выяснения того, что происходит с больным, т.е. с основной цели расспроса, на выяснение, что явилось причиной болезни (см. главу "Особенности диагностики в психиатрии"). Можно сказать, что умелый расспрос больного в условиях психиатрического диспансера значительно сложнее, чем в условиях стационара. При диагностическом расспросе в диспансере всегда следует помнить об одном важном обстоятельстве — большей, чем в условиях стационара, утомляемости врача, в результате чего снижается его впечатлительность к сведе-

ниям, которые сообщает ему больной. Фактор утомляемости существует у всех психиатров. Однако в условиях стационара врач имеет возможность в случае необходимости сделать перерыв, а вот в условиях диспансерного приема такой перерыв очень часто исключается. В частности, именно поэтому при оценке клинических факторов, характеризующих психическое состояние больного, врачу диспансера следует выделять в первую очередь немногие, но определяющие сущность патологического состояния больного симптомы. Оттенки психиатрической семиотики вначале должны отступить на второй план. Они могут быть выявлены и оценены позже, если больной будет лечиться в условиях диспансера. Таким образом, первоначальная оценка психического состояния больного должна быть "грубой", лишенной психопатологических нюансов, что делает ее более рельефной, а потому более значимой для психиатра. Всегда лучше переоценить степень тяжести существующей патологии, чем недооценить ее. Практика подтверждает справедливость такого правила.

Особенности психопатологических расстройств основного контингента амбулаторных больных и отсутствие, в противоположность психиатрической больнице, постоянного медицинского наблюдения, накладывают свой отпечаток на проводимую в психиатрическом диспансере терапию психотропными средствами. Психиатры часто недостаточно принимают во внимание способность психотропных средств быстро изменять психическое состояние больных. Уместно вспомнить в этой связи устное высказывание Б.Е.Вотчала: "Психотропные средства — это почти то же самое, что операционный нож в руках хирурга". Возникающие в результате терапии изменения, даже если психическое состояние улучшается, могут приводить к нежелательным последствиям. Нередко, почувствовав себя значительно лучше, больной самовольно прекращает лечение и перестает посещать врача. Это вызывает быстрое ухудшение. В других случаях наряду с частичным ослаблением психопатологических расстройств в короткий срок возникают побочные явления, например, выраженное чувство слабости и разбитости, не дающее больному заняться самыми простыми повседневными делами. Нередко побочные явления переносятся больными значительно тяжелее, чем первоначальное болезненное состояние, по поводу которого они обратились в диспансер. Это связано и с особенностями симптомов побочных явлений, и с психологической реакцией на ухудшение самочувствия, которого больной не ожидал и которое переносится тем тяжелее, чем лучше было самочувствие до этого. Такое "раскачивание" состояния почти всегда тяжелее для больного, чем постоянно плохое самочувствие. Кроме того, несмотря на лечение возможно и продолжающееся ухудшение психического состояния. Поэтому больной, находящийся на лечении в диспансере, должен быть под неослабевающим контролем со стороны врача. Больному, также как и его родственникам, необходимо внушить, что они не только имеют возможность обратиться в диспансер при первой необходимости, но что регулярное посещение диспансера, особенно на начальном этапе лечения, должно быть правилом. Врач диспансера должен обладать для своих подопечных максимальной доступностью. Весьма нередкая фраза врачей диспансера: "Придите через месяц", — во многих случаях неверна, если не сказать просто ошибочна. Многие больные выполняют такую рекомендацию неукоснительно, хотя в течение месяца их состояние может не только ухудшиться, но и резко измениться, например, гипоманиакальное состояние — смениться субдепрессией со смешанной клинической картиной.

Работа врача диспансера как клинициста постоянно сочетается с решением самых разных социальных вопросов, которые неизменно встают перед психически больными. Поэтому он всегда выступает не только в качестве лечащего врача, но и в качестве социального психиатра. Без этой важнейшей стороны его деятельности полноценная лечебная помощь больным в условиях диспансера часто невозможна или остается неэффективной.

Лечение в условиях психиатрического диспансера больных, выписанных из психиатрической больницы, и тех больных, которым лечение с самого начала проводится амбулаторно, имеет очень много общего, и этого общего тем больше, чем дольше осуществляется амбулаторное лечение. Конечно, терапия больного, выписанного из стационара, поначалу в определенной мере проще, чем больного, которого начинают лечить в диспансере. Выписанный из стационара больной знает, какими лекарствами его лечат, он освоился с ритмом их приема, знаком с возможными побочными действиями лекарств, он ощутил благоприятное воздействие психотропных средств на симптомы его болезни, у него появилась вера в лечение и врача, подкрепляемая положительным личным опытом. Чего еще нет у такого больного, особенно если он стационирован впервые, так это осознания продолжительности лечения. К мысли о том, что лечение может или должно продолжаться непрерывно не только месяцы, но нередко и многие годы, очень многие больные привыкают не сразу и не легко.

У больных, начинающих лечение амбулаторно, нет вообще никакого опыта. Это врачу следует учитывать всегда. Лечить с самого на-

чала в условиях диспансера можно лишь больных с ограниченным кругом продуктивных психических расстройств: астеническими, легкими аффективными (в первую очередь различными по структуре субдепрессивными состояниями), невротическими и психопатическими. В некоторых случаях к этому контингенту можно отнести пожилых больных с неразвернутыми паранойяльными состояниями, поскольку у них это расстройство часто существует долгие годы в виде неусложняющегося, в какой-то степени инкапсулированного моносимптома. Исключение представляют больные с бредом супружеской неверности. Таким образом, первичное амбулаторное лечение возможно только для больных с простыми синдромами — функциональными и органическими. Собственно симптомы психоза (за исключением паранойяльных состояний) у таких больных отсутствуют. В связи с этим, а также из-за особенностей амбулаторного лечения (невозможность ежедневного наблюдения, нежелательные средовые влияния) применение лекарственных средств с самого начала должно сопровождаться элементами психотерапевтического воздействия. Его цель в начальный период терапии — прежде всего убедить больного и его родных в необходимости пунктуально выполнять все назначения врача, в том числе — соблюдать рекомендованный режим. Тот, кто считает, что после первой разъясняющей беседы, которой, казалось бы, удовлетворены обе стороны, все лечебные рекомендации врача будут неукоснительно выполняться больным и контролироваться родственниками, заблуждается. Конечно, известное число больных и их близких точно следует указаниям психиатра с самого начала лечения. Однако они составляют меньшинство. Значительно чаще больные,^ их близкие, прежде чем прийти к четкому выполнению врачебных назначений, в течение продолжительного периода, иногда месяцами, постоянно нарушают лечебную дисциплину. Эти нарушения вызываются различными причинами, действующими то по отдельности, то в сочетании друг с другом. Здесь и характерологические особенности больных, и нередко — предшествующий неудачный опыт лечения, и собственные представления о своем заболевании, почерпнутые из различных источников — своего рода "интеллектуальная надстройка" (Р.А.Лурия, 1935), и неверие в необходимость того, чтобы лечебные мероприятия осуществлял психиатр, и т.д. При прочих равных условиях больной охотнее будет выполнять назначения врача, а родственники — способствовать этому, если им будут даны некоторые предварительные разъяснения, основанные на знании врачом статуса и анамнеза больного, особенностей его характера, а также личностных особенностей его близких и бытовых условий. Большинству амбулаторных больных и их

родственников следует разъяснять, насколько это доступно для их понимания, какие психопатологические расстройства существуют у больных. В ряде случаев (если речь идет о больных с астеническими, депрессивными или невротическими состояниями) допустимо, наряду с разъяснениями, как именно проявляются отдельные нарушения, прибегнуть к квалификационной оценке состояния в психиатрических терминах. Такую синдромальную оценку и сам больной, и его родственники нередко, если не как правило, расценивают в качестве нозологического диагноза, а поскольку определяющие статус расстройства относятся к легким, то и диагноз болезни воспринимается ими так же. При назначении больным лекарственных средств и им самим, и их родственникам разъясняется в общем виде, почему врач считает целесообразным назначить те или иные препараты. Кроме того, в зависимости от привходящих обстоятельств, иногда правомерно сказать, каких результатов ожидает врач от назначаемой им терапии. Здесь, безусловно, налицо элемент внушения, нередко очень способствующий положительному результату лечения. Данное обстоятельство давно подмечено врачами. Не случайно Г.А.Захарьин (1894) писал, что во многих случаях "предсказание совпадает с лечением". Сразу же оговариваются те ограничения, которые больной должен соблюдать во время терапии. Их число должно быть, по возможности, минимальным. Необходимо подчеркнуть, что в целом больному чаще всего позволяется вести обычный для него образ жизни. Указывается на необходимость точного соблюдения времени приема лекарств. В связи с тем, что большинство психотропных средств даже в незначительных дозах нередко вызывают побочные явления, в первую очередь вегетативные (сухость во рту, потливость, запоры и т.п.), а также ощущение слабости, повышенной сонливости, мышечной расслабленности, необходимо дать больным соответствующие разъяснения. В противном случае, как уже было сказано, при возникновении побочных явлений больные нередко самовольно прекращают лечение, поскольку появившиеся симптомы либо расцениваются ими как ухудшение состояния, либо воспринимаются как более тягостные, чем собственно симптомы болезни. О более серьезных осложнениях, в первую очередь неврологических, лучше первоначально осведомлять лишь родственников.

Очень многие больные, начавшие лечение в амбулаторных условиях, продолжают выполнять свои прежние профессиональные обязанности. Лечение таких больных психотропными средствами следует начинать с минимальных доз и, как правило, повышать их медленно. Не-

редко для достижения оптимальной лечебной дозы необходим срок, измеряемый неделями и даже месяцами. В связи с этим улучшение психического состояния также происходит замедленно, о чем следует сразу же предупредить больных. Стремление "поторопить" улучшение психического состояния с помощью более интенсивного увеличения лекарственных доз нередко тотчас же влечет за собой развитие неприятных для больных побочных явлений и выбивает их из привычного ритма жизни. До тех пор, пока не будет установлена оптимальная терапевтическая доза и в состоянии больного не произойдет существенного улучшения, посещение им диспансера должно быть не только регулярным, но и частым — раз в неделю, самое большее — в десять дней, нередко — через более короткие промежутки времени. Вообще больному и его близким следует сказать и повторять не один раз, что они могут обратиться к врачу, как только больной почувствует что-либо, его беспокоящее, или же родственники отметят какие-либо изменения в его состоянии. Необходимо неоднократно подчеркивать, что если в промежутках между посещениями психиатра в установленные дни у больных или их родных появится желание обратиться к врачу, но возникнет сомнение — делать это или нет, всегда следует отдать предпочтение первому. И больные, и их родственники без крайней необходимости такой возможностью не воспользуются. В то же время у них остается уверенность, что помощь может быть оказана им в любой момент. Для них это немаловажная нравственная поддержка. Всегда следует указывать конкретную дату очередного визита к врачу, так как большая часть больных в том случае, если им говорят неопределенно — "примерно через неделю", придет обязательно позже, чем это было оговорено. Лучше, если больной, особенно в первое время, посещает врача диспансера вместе с родственником. Для больных, выписанных из стационара, совместное посещение должно являться скорее правилом. Частота посещений устанавливается для таких больных в зависимости от особенностей их состояния. И здесь необходимо добиваться посещений в назначенные дни.

Желательно сделать так, чтобы бальной и его родные знали названия лекарств, назначаемых психиатрами, помнили, какие дозы применялись во время лечения и какие при этом возникали осложнения. Знание больным и его родными названий лекарств и их дозировок помогает быстрее и надежнее ориентироваться новому психиатру в тех случаях, когда больной обращается за помощью, а необходимая документация о нем отсутствует. Терапевтический анамнез является в настоящее время обязательной составной частью общего анамнеза. Относящиеся

к терапевтическому анамнезу факты должны быть известны в том или ином объеме и самим больным, и их близким.

Посещение психиатра в диспансере почти всегда сопряжено для больных с ожиданием, которое их тяготит. Назначение врачом определенного времени визита не всегда избавляет больных от задержки в приеме, вызванной привходящими условиями. Врач может облегчить ожидание своих пациентов простыми способами. Например, возможно во время своего приема несколько раз выйти из кабинета и, оглядев ожидающих своей очереди больных, поздороваться с ними, перекинуться с хорошо известными ему больными двумя-тремя словами. Одновременно это позволяет врачу увидеть, какие больные ожидают его приема. Наметанный глаз очень часто способен заметить среди ожидающих новых больных, в том числе находящихся в остром состоянии. Когда на прием приходит такой больной, врач может попросить у ожидающих пропустить его без очереди. В подобной просьбе врачу никогда не откажут, напротив, сделают это охотно. Как правило, больные, не волнуясь, терпеливо ждут своей очереди, когда знают, что их присутствие замечено.

При лечении в диспансере в беседе с больным с течением времени следует стремиться задавать такие вопросы, чтобы из ответов на них больному и его родным стало бы ясно, каковы проявления заболевания и как они изменяются. В частности, больной и его родные должны знать, какие из психопатологических симптомов свидетельствуют об улучшении состояния, а какие — об ухудшении. Сами больные должны судить об этом по своему самочувствию, родственники — по их поведению и высказываниям. С помощью врача родственник должен научиться распознавать в привычных формах поступков и высказываний больного те> которые являются признаками намечающихся сдвигов в его психическом состоянии. Нередко родственники, особенно матери и жены, овладевают поразительной способностью видеть едва заметные перемены в состоянии больного, в частности, в сторону ухудшения. В то же время врач, несмотря на все свои специальные знания и знание особенностей конкретного заболевания, самостоятельно увидеть такие перемены еще не может. Родственники могут научить врача тому, какими бытовыми вопросами он может выявить имеющиеся у больного психопатологические расстройства. Общение психиатра с наблюдательными родственниками всегда обогащает его знаниями клинических фактов, скрывающихся в явлениях повседневной жизни. Без всякого преувеличения можно сказать, что в условиях амбулаторного лечения родственник выполняет те обязанности, которые в условиях стационара возложены на средний и

отчасти на младший медицинский персонал. Но в стационаре работают люди со специальным образованием и опытом, что дает им возможность вести наблюдение за различными больными, в то время как родственник больного с помощью врача научается видеть внешние проявления болезни у конкретного человека. Используя выражение П.Б.Ганнушкина (1924), можно сказать, что ив амбулаторных условиях "между врачом и больным опять есть средостение, известным образом заполненное пространство". Только в амбулаторных условиях роль такого "средостения" выполняет совместно проживающий с больным человек. Именно родственник способен сообщить врачу достоверные клинические факты, на основании которых можно судить о том или ином состоянии больного. Если наблюдается стойкое улучшение, необходимость регулярного посещения больным врача постепенно начинает отпадать. Вместо этого возможно сохранение связей врача лишь с родственником. Многие больные, не отказывавшиеся регулярно посещать диспансер во время болезни, при стойком улучшении своего состояния начинают со временем этим тяготиться. В таком случае их не следует принуждать ходить в диспансер. Больному должно быть позволено "забыть" о враче. Родственник должен помнить о враче всегда. Именно на родственника возлагается теперь обязанность наблюдать за состоянием больного и поддерживать его морально. Врач обязан помочь родственнику научиться это делать: ведь и "легких больных не следует предоставлять самим себе. Им нужен человек, который бы о них заботился тактично, не раздражая, следил бы за ними незаметно, поддерживал бы и воспитывал, поскольку это нужно и возможно" (E.Bleuler, 1920).

Врач должен не только разъяснять близким больного особенности возникающих в течение болезни позитивных расстройств, но и научить их видеть и правильно оценивать развивающиеся при этом негативные симптомы, в частности, личностные изменения. О них следует говорить позже, чем о позитивных симптомах — тогда, когда родственниками будут правильно поняты особенности исчезнувших или существующих в ослабленной форме продуктивных расстройств. Не следует торопиться начинать разговор о личностных изменениях еще и потому, что совсем нередко расстройство, первоначально принятое за проявление дефекта, в дальнейшем оказывается продуктивным психопатологическим нарушением. Опыт лечения психотропными средствами, например, шизофрении, позволил значительно сузить круг расстройств, которые прежде считались необратимыми и относились к негативным. Нередко просто не представляется возможным сказать, является ли данное расстройство позитивным или же негативным симптомом болезни.

У многих амбулаторных больных, лечившихся по поводу пограничных состояний самой различной нозологической принадлежности, со временем все бывшие позитивные симптомы исчезают. Наступающее выздоровление сопровождается полным восстановлением бытовой и-профессиональной работоспособности, прежних интересов, межличностных отношений, возможностями духовного и иного роста и т.п. Такие больные не только совсем перестают обращаться к психиатру, но просто о нем забывают. Однако у многих из них можно выявить одно общее расстройство. Речь идет о симптоме, который можно определить как реактивную лабильность. В одних случаях симптом реактивной лабильности является существовавшей ранее, но после болезни усилившейся чертой характера, в других — впервые появляется после болезни. На внешние, прежде всего отрицательные, но нередко и положительные события повседневной жизни, которые здоровыми людьми обычно не замечаются, такие лица реагируют либо астеническими симптомами (чаще в форме раздражительной слабости,реже — в форме чрезмерной умиленности), либо аффективными, чаще в форме субдепрессивных эпизодов, состояниями. Когда подобные расстройства возникают у больных шизофренией, алкоголизмом, у больных с последствиями черепно-мозговых травм и т.д., обычно говорят о негативных личностных изменениях. Оценка подобного расстройства в качестве негативного в тех случаях, когда оно возникает при пограничных психических болезнях, вряд ли правомерна. Возможно, что больной просто "недолечен". Ведь имеющиеся в настоящее время психотропные средства не всегда способны редуцировать все возникающие у больных психопатологические симптомы. Как бы ни оценивалось подобное явление, о нем следует знать, чтобы обучить и самых больных, и их близких правильно на него реагировать.

Самим больным о негативных симптомах, пожалуй, всегда лучше говорить только как об остаточных продуктивных расстройствах. Если родственник не может правильно оценить перемены, происходящие с близким ему человеком, или есть вероятность того, что он сообщит больному сведения, которые тому знать не следует, родственнику, так же как и больному, целесообразно сказать о негативных симптомах как об остаточных продуктивных расстройствах. Но даже тогда, когда родственнику можно прямо сказать, что в результате болезни в характере возникает "рубец", делать это следует крайне осторожно. Лучше подождать, пока сам родственник заметит перемену в личности больного, и лишь после этого дать соответствующие разъяснения. В этом случае правомерно сопоставить характер больного до и после болезни. Так родственнику

будет понятнее, о чем идет речь. Осознание того факта, что в результате психической болезни меняется личность больного, позволяет окружающим выработать правильное отношение и к самой болезни, и к ее последствиям. Понимание личностных изменений, происходящих с больным, способствует проведению как врачом, так и близкими необходимых реабилитационных мероприятий. Для врача это прежде всего психотерапевтическое воздействие. В некоторых случаях используются определенные методы психотерапии, но чаще всего речь идет о той психотерапии, которая "граничит с воспитанием или, правильнее говоря, с перевоспитанием наших пациентов. Другие отрасли медицины также воспитывают своих пациентов; педиатрия также воспитывает, воспитывает и больного ребенка, и его мать; внутренняя медицина также обучает своих больных гигиене и диететике, но такого влияния на пациента, как в практике врача-психиатра, мы не встречаем нигде".*

Длительное и регулярное наблюдение больного в условиях диспансера, а также возможность видеть его в привычных домашних условиях и постоянно получать "бытовые" сведения о нем от родных дают врачу обширный клинический материал для того, чтобы составить правильное суждение о больном как о человеке. Подобные клинические факты гораздо реже можно получить при лечении больного в стационаре. В условиях стационара обычно легко установить индивидуальный диагноз на основании особенностей и видоизменения позитивных симптомов. Что же касается личностных особенностей больного, в первую очередь негативных расстройств, то они здесь чаще оцениваются с меньшей точностью — обычно происходит или их переоценка в сторону большей глубины, или, напротив, их глубина недооценивается. При наблюдении и лечении больного в условиях амбулатории врач способен дать более точное определение наступивших личностных изменений, что, по мнению Д.Е.Мелехова (1963), позволяет врачу правильно понять взаимоотношение в характере больного дефекта и сохранившихся качеств преморбидной личности, складывающееся в конкретных условиях трудовой деятельности. Верная оценка личностных изменений, как уже говорилось, имеет прямое отношение к социальной р^еадаптации больного. Продолжительное общение с психически больными в условиях амбулатории позволяет врачу выработать в себе способность делать достаточно верные предположения об индивидуальном прогнозе болезни.

Необходимость иметь возможно более полные сведения о больном в связи с проводящимся ему лечением и вопросами реабилитации поднимает имеющий первостепенное значение в психиатрии вопрос о связях между психиатрическими учреждениями. Эти связи дают возможность добиться преемственности медицинских и социальных мер в отношении психически больного. Фактор преемственности позволяет соблюдать столь необходимый в психиатрии принцип катамнестического наблюдения больного. Именно хорошо проведенные катамнестические исследования позволили в последние десятилетия пересмотреть многие ранее существовавшие в психиатрии клинические и теоретические положения и одновременно способствовали совершенствованию различных прикладных ее сторон — терапии психических болезней, восстановления трудоспособности больных, их профессионального обучения, трудового и бытового устройства и т.д.

Длительное и регулярное общение врача с больным, понимание врачом больного человека всегда влечет за собой появление у больного доверия к тому, кто его лечит. Это доверительное отношение больного к врачу проявляется, в частности, в изменении содержания их бесед. В них все большее место начинают занимать личные проблемы больного, в том числе события его повседневной жизни. Разговоры на бытовые темы и реакции больного на события обыденной жизни во многом уже сами по себе позволяют врачу делать выводы о его психическом состоянии. Врачу все в меньшей степени требуется задавать больному специальные психиатрические вопросы. Доверительность и преобладание обыденных тем в беседах с больным требуют от врача не только соблюдения прежних правил общения, но и учета новых обстоятельств. Очень многие больные со временем, сознательно или неосознанно, стремятся, в свою очередь, знать о враче больше, чем просто о человеке, оказывающем им лечебную помощь. Иногда стремление больше узнать о враче выливается в вопросы, касающиеся личной жизни врача. Если подобные вопросы ставятся прямо, их легко заметить. Однако нередко они задаются в косвенной форме. Женщины чаще и настойчивее, чем мужчины, стремятся к знанию личной жизни лечащего врача и его человеческой сущности и делают это более искусно. В этих случаях врач не должен позволить больному перейти определенную границу. Это важно еще и потому, что врач в подобных ситуациях сам очень часто подвергается сильному искушению рассказать о себе и о том, что его волнует, внимательному собеседнику. Проблемы, существующие у врача, зачастую схожи с проблемами его пациентов. Психиатр всегда должен помнить о том, что его задача — знание больного человека, а это требует отречения от собственных проблем. Ведь даже в обыденной жизни, если требуется что-то узнать о собеседнике, необходимо больше

* Ганнушкин П.Б. Психиатрия, ее задачи, объем и преподавание. М, 1924, с. 17.

слушать и меньше говорить самим. "Что до той школы, которой является общение с другими людьми, то тут я нередко сталкивался с одним обычным пороком: вместо того, чтобы стремиться узнать других, мы хлопочем только о том, как бы выставить напоказ себя, а наши заботы направлены скорее на то, чтобы не дать залежаться своему товару, нежели чтобы приобрести для себя новый". Психиатру, как никому другому из врачей, полезно не забывать этих слов М.Монтеня. Как только врач заметит, что больной начинает интересоваться им как человеком, желательно, в свою очередь, задать больному вопрос, который для него является значимым. Ответ на него переключает внимание больного с врача на самого себя. Необходимость держаться от больного "на определенном расстоянии" возникает и в тех случаях, когда у врачей начинают просить советов, не имеющих прямого отношения к заболеванию. Лучше всего давать бытовые советы, соотнося их так или иначе с медицинской стороной дела. Если же этого сделать нельзя, то лучше, пожалуй, сослаться на житейский опыт вообще, но не свой лично, хотя бы совет и давался в соответствии с мнением самого врача. Правомерно также высказать свое отношение к существу дела и тем ограничиться. Психическое влияние врача на больного всегда будет больше, если не переходить в разговорах определенных психологических границ и не позволять больному увидеть слабые стороны врача как человека.

Взаимоотношения медицинских работников

"Тот, кто думает, что врачи — веселые и беззаботные люди, упускают из виду главное— нравственную ответственность, которую врач постоянно носит в своей душе и которая не слабеет от времени, а, наоборот, крепнет от навыка. Эта ответственность поддерживает во враче постоянное напряжение, нередко являющееся крайне утомительным в особенности в молодые годы, когда врач еще не умеет провести границы между своей личной ответственностью и ответственностью врачебной науки, которая в некоторых вопросах может быть так же бессильна, как и отдельные представители-ее" (И.А.Сикорский, 1910).

На чем основываются взаимоотношения врачей, в том числе и психиатров? На помощи друг другу — профессиональной и моральной, которые во многих случаях тесно переплетаются. Профессия охватывает людей, занятых общим трудом, и способна, может быть, как ни одна другая форма деятельности, объединить их интересы, поддержать в затруднительные моменты, напомнить о принятых на себя обязанностях. Профессиональная деятельность создает коллективную цель, является благодатной почвой для рождения и развития социальных идей и чувств. У людей общей профессии существует сходный жизненный путь, общность интересов, в связи с чем профессиональная деятельность поставляет самый богатый материал для совместной жизни. Овладеть профессией — значит найти одно из главных направлений в жизни. Достигнуть профессионального мастерства в психиатрии одними собственными силами невозможно. Его можно достичь только совместными усилиями. Сказанное лучше всего подтвердить конкретным историческим примером.

Создатель московской школы психиатров С.С.Корсаков с самого начала своих реформ в области больничной психиатрии начал одновременно стремиться к объединению всех тех, кто посвятил свою жизнь служению психически больным. С.С.Корсаков придавал огромное значение развитию между ними не только чисто профессиональных, но и нравственных связей на почве служения общему делу, общим интересам. С целью сплочения и объединения усилий московских психиатров, а также повышения их профессиональных знаний С.С.Корсаков начинает впервые проводить научные конференции в Преображенской больнице и в частной лечебнице М.Ф.Беккер. Следующим его шагом явилось объединение всех московских психиатров и невропатологов. Именно С.С.Корсаков настоял на том, чтобы созданное им Общество называ.лось неНевропатологрическим и психиатрическим обществом, а Обществом невропатологов и психиатров, т.е. обществом, состоящим из специалистов, способных не только разрабатывать свою специальную область знаний, но и с интересом и авторитетом разрешать практические вопросы, подлежащие специальному ведению. Как никто, С.С.Корсаков в должности секретаря Общества сумел задать тон и направление этой новой организации. Здесь сказались не только личные качества С.С.Корсакова, но и его врачебный опыт. "Принцип, вынесенный им из практики общения с душевнобольными, был целиком перенесен С.С.Корсаковым на здоровых людей, и он создал то удивительное отношение С.С.Корсакова к людям, их словам, поступкам и даже работам, которое привлекало к нему всех, кто его знал. Его влияние на человека немало содействовало тому, что резкие подчас несогласия взглядов и направления не отражались на личных отношениях. В Обществе не было борющихся партий, а'создавался союз лиц, вооруженных хотя и неодинаковым оружием, но направляющих его к одной цели, одинаково всем дорогой".* Создание Московского общества невропатологов и психиатров,

* Рот В.К. С.С.Корсаков как человек и общественный деятель. Вопросы философии и психологии. № 5(60), ноябрь-декабрь, 1901, с. XII.

как уже говорилось, имело своей целью также и сближение академической психиатрии с психиатрией земской. Дальнейшим шагом к объединению отечественных психиатров явился созданный С.С.Корсаковым Союз русских невропатологов и психиатров.

Мысль о необходимости для психиатров коллективного труда постоянно встречается в высказываниях С.С.Корсакова. "Одна из существенных задач клиники, да и других медицинских учреждений, есть правильная организация коллективных работ занимающихся в них врачей. Как бы ни велико было значение индивидуальной работы врачей в том или ином медицинском учреждении, все-таки работа совместная, коллективная придаст больнице особый отпечаток стройности и гармоничности. При свободном обмене мыслей, при котором каждый присутствующий может быть не пассивным слушателем, а активным участником, создаются особенно благоприятные условия для творческой деятельности ума, и новые сопоставления, новые комбинации мыслей, новые идеи возникают часто неожиданно для участников и не только освещают предмет, но и придают ему особый интерес, усиливающий энергию в работе, и являются источниками научных исследований по тому или другому вопросу... Принцип этих занятий есть взаимопомощь и взаимодействие в работе, а это больше всего объединяет людей, служащих одному делу".* В умении вести подобные клинические обсуждения С.С.Корсаков, наверное, не имел себе равных. "Он заставлял окружающих верить в свои силы. Спорил с ними часто, но не поучал никогда. Он умел проникнуться точкой зрения своих молодых оппонентов и воспринять те замечания, которые казались ему обоснованными. Вообще аргументации его идейных противников особенно привлекали С.С.Корсакова, потому что они содействовали развитию ранее выработанных им взглядов. Эта способность считаться с мнением окружающих его людей сохранилась у С.С.Корсакова до конца жизни. Однажды, после клинической конференции, за несколько месяцев до смерти, С.С.Корсаков обратился к своим ассистентам с просьбой возражать ему во время публичных разборов больных, если его толкование того или иного случая покажется им неправильным".**

Совместные клинические разборы, научная работа и коллективное ее обсуждение, чтение специальной литературы, преподавательская деятельность, взятые либо в отдельности, но лучше — в сочетании друг с другом — вот основные линии совершенствования любого медика, в том числе и психиатра.

* Пестовский Н.П. С.С.Корсаков как клиницист и преподаватель. Вопросы философии и психологии, № 5(60), ноябрь-декабрь, 1901, с. XXIX.

** Сербский В.П. К характеристике научного значения Сергея Сергеевича Корсакова. Вопросы философии и психологии, № 5(60), ноябрь-декабрь, 1901,с. XIII.

Клинические разборы, проводящиеся во время врачебных конференций — один из надежных путей к овладению индивидуальным методом подхода к больным. Совершенствование профессионального мастерства сочетается при этом с другим, не менее важным аспектом. Во время совместных клинических конференций, если они проводятся так, что каждый присутствующий чувствует себя полноправным их участником, индивидуальное высказывание получает значение личного вклада в судьбу больного человека. Создается возможность почувствовать свою причастность не только к лечению конкретного больного, но и к общему делу — профессии медика. Чувство личной сопричастности к общему — один из источников объединения людей вообще.

Научная работа способствует умению находить в индивидуальном общее. Но она имеет важное значение и по другим причинам. "Существует недалекое представление: иногда думают, что научная работа отнимает у врача время и силы, но опыт показывает как раз противоположное. Только научное представление о своем предмете вознаграждает врача-психиатра за отрицательные стороны его профессии; лишь оно помогает ему сохранить свежесть и удерживает от ремесленного выполнения своих обязанностей. Несомненно, что поощрение к научным стремлениям приносит богатые плоды и для практической работы. Дело клиники способствовать этому, и, наоборот, многие очень важные клинические задачи могут быть поставлены и решены больничными врачами".*

Для психиатра круг научной литературы всегда должен охватывать не только работы, посвященные клиническим, лечебным и теоретическим аспектам психиатрии, но и те источники, которые позволяют составить представление об истории предмета. Знание истории позволяет понять ход развития психиатрической мысли — ее теоретических основ и знаний прикладной психиатрии, т.е. той, которая занимается диагностикой, лечением, реабилитацией психически больного человека. Знакомство с историей психиатрии дает возможность выявить преемственность взглядов и тем самым восстановить эволюцию идей и методов, с помощью которых происходило ее развитие. Изучение истории позволяет дать ретроспективную оценку предшествующим знаниям, помогает ори-

* Крепелин Э. Учебник психиатрии. Перевод с 8-го немецкого издания. Т. 1. М, 1912, с. 434.

ентироваться в постановке и решении современных вопросов, дает возможность иногда предугадать и даже в какой-то мере наметить пути дальнейшего развития избранной профессии, почувствовать свою сопричастность к ней. Обращение к истории всегда следует сочетать с изучением биографий отдельных представителей данной дисциплины. Содержание жизни PЬ.PшеPя, J.E.EsqiroPa, V.Magnan'a, W.Griesinger'a. E.Kraepelin'a, С.С.Корсакова, В.П.Сербского, П.Б.Ганнушкина и многих других классиков психиатрии способно показать начинающему и напомнить зрелому специалисту, что такое психиатрия, каковы ее задачи и достижения, что представляет собой психиатр как деятель, к чему он должен стремиться и каким быть. В разные периоды жизни врача-психиатра все эти вопросы претерпевают в его сознании изменения. Жизненный путь выдающихся представителей психиатрии способен давать в этих случаях нужные ориентиры. Особенно важное значение для становления личности психиатра имеют жизнеописания выдающихся представителей психиатрии еще и по той причине, что у них профессиональное мастерство почти всегда сочетается с безупречной общественной репутацией.

Если в задачу медицинского образования входит приобретение будущим врачом представлений о медицине как науке о человеке, развитие медицинского мышления, накопление практических знаний и выработка интереса к профессии медика — "стремление возбудить вопросы, научить спрашивать" (А.И.Герцен), то в последующем все это сосредоточивается вокруг конкретной медицинской дисциплины. Начинающий врач обладает определенной суммой знаний, позволяющих ему начать работу в избранной специальности. Однако это по преимуществу общие знания. А в медицине, по словам Г.А.Захарьина, только тот не растеряется во всяком новом для него случае, кто усвоил метод и навык индивидуализировать. Именно эта способность к началу самостоятельной врачебной (психиатрической) деятельности обычно развита недостаточно. Мал личный опыт, а обобщенные картины психических заболеваний, усвоенные из лекций и учебных пособий,,чаще всего плохо сочетаются с реальной действительностью. Ведь в них, как правило, все концы с концами сходятся. В жизни так не бывает. Молодой медик сразу же встречается не с абстрактной болезнью, а с конкретным больным, у которого всегда существует индивидуальное преломление болезни. Неспособность молодого врача оторваться от усвоенных готовых схем часто ставит его в затруднительное положение и является одной из важных причин врачебных ошибок. Начинающий врач слишком верит в учебники и не доверяет самому себе. Интуитивно это осознается большинством врачей. Вот почему в этот период у молодых медиков возникает осознанное желание сделаться профессионалом путем приобщения к "школе" — направлению в науке, характеризующемуся единством основных взглядов, общностью или преемственностью принципов и методов. В свою очередь врачи-ученые, стоящие во главе таких школ, всегда нуждаются в последователях. Дальнейшее развитие и их собственных идей, и той медицинской дисциплины, которую они представляют, невозможно без преемственности, без появления новых точек зрения, без пересмотра старых положений. Решение многих проблем в психиатрии очень часто возможно только при участии нескольких поколений специалистов. В процессе освоения избранной медицинской специальности, наряду с приобретением профессиональных знаний и получением представления о коллективном врачебном долге, возникают глубокие, нередко продолжающиеся всю жизнь эмоциональные связи с теми, кому врач обязан своим образованием. Не случайно в гиппократовой клятве первым обязательством медика является долг по отношению к наставникам: "Считать научившего меня врачебному искусству наравне с родителями, делиться с ним своими достатками и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвоздмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщить своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, по никакому другому". Профессиональное совершенствование, выполнение норм коллективного врачебного долга, нравственные связи, возникающие у лиц одной профессии, как единое и нераздельное целое, всегда опираются на моральную поддержку товарища по специальности. Необходимость такой поддержки обусловлена во многом спецификой медицины — ее постоянным соприкосновением со страданиями больных и их близких, несовершенством медицинских знаний и, как следствие, невозможностью порой оказать необходимую помощь. Результатом этого является отрицательное эмоциональное воздействие врачебной работы на психику врача. Психиатры не составляют здесь исключения. Пожалуй, психиатрия представляет собой такую медицинскую дисциплину, в которой отрицательное влияние врачебной профессии существует в наибольшей степени. Известно, что подавляющее число психических болезней субъективно переносится больными значительно тяжелее, чем болезни физические. Во всяком случае, больные, имеющие возможность сравнить те

и другие, как правило, считают душевные страдания более мучитель-, •
ными, чем страдания физические.

Больная А., 65 лет, страдавшая маниакально-депрессивным психозом с тревожно-ажитированной депрессией, лечилась электро-судорожной терапией (ЭСТ). После очередного сеанса, повлекшего за собой исчезновение психических расстройств, у больной был обнаружен компрессионный перелом грудных позвонков. Вот что сказала больная своему лечащему врачу при выписке из больницы: "Вы сломали мне спину, и я была вынуждена лежать на деревянном щите несколько месяцев, но Вы меня вылечили от тоски; я хотела бы, чтобы Вы лечили меня, если болезнь повторится, тем же методом, пусть с тем же осложнением; оно по своим последствиям не идет ни в какое сравнение с тем, что я испытываю в период депрессии".

Следует помнить, как долго тянутся психические болезни. Поэтому-то в психиатрии в значительно большей степени, чем в других медицинских дисциплинах, медикаментозное лечение должно сочетаться с психотерапевтическим воздействием. Не случайно психотерапия как лечебный метод была разработана прежде всего в психиатрии. Психотерапевтическое воздействие на психически больного всегда требует большей затраты и физических, и нравственных сил. Эмоциональное напряжение связано в психиатрии еще и с тем, что положительные результаты лечения здесь наступают обычно очень медленно, чаще всего почти незаметно, у многих больных могут быть нестойкими, а само заболевание может продолжаться годами и десятилетиями и сопровождаться тяжелыми социальными и медицинскими последствиями. Несовершенство психиатрических знаний не только постоянно влечет за собой весьма широкое толкование одних и тех же фактов, но и позволяет высказывать диаметрально противоположные мнения о состоянии больного: болен — не болен, лечить — не лечить и т.д. Несовершенство знаний также является источником врачебных ошибок, во многих случаях воспринимаемых врачами как личная вина. Врачебные ошибки острее переносятся молодыми специалистами, еще не умеющими отделить свои собственные ошибки от ограниченных возможностей своей специальности. Но и зрелый специалист при их совершении не всегда освобожден от упреков профессиональной совести. Наиболее сильное отрицательное воздействие оказывают на психиатров те ошибки, которые влекут за собой самоубийства больных, отданных на попечение врача — о них психиатры подчас не могут забыть никогда. То, что они считают эту проблему заслуживающей постоянного внимания, может, в частности, подтвердить следующий

пример. На 40-летнем юбилее своей деятельности V.Magnan в ответной речи на многочисленные приветствия не преминул отметить, что за последние 12 лет в его "Service de I'admission" (приемном отделении) было только три случая самоубийства среди мужчин, которых прошло за это время более 20 тысяч человек, и ни одного самоубийства на такое же количество женщин.* V.Magnan'у было что сказать о своих научных заслугах. В конце XIX — начале XX века его идеи получили признание не только во Франции, но и далеко за ее пределами, в частности, в Рос[1] сии. И тем не менее для него важно было оставаться прежде всего врачом, поскольку "наука о душевнобольном и конкретные заботы о нем ... неразъединимы" (П.Б.Ганнушкин, 1924).

Жизнь в определенной мере корригирует отрицательное влияние профессии на душевное состояние врача, вырабатывая у него со временем защитную реакцию. Ее основу составляет профессионализм и умение медика, в том числе психиатра, управлять с его помощью своими чувствами, ослаблять и даже подавлять возникающий у него эмоциональный резонанс на страдания больных. За это нередко врачей обвиняют в сухом и жестком отношении к больным, в пренебрежении своим долгом. Профессионализм дает возможность правильно оценивать состояние больных, в том числе в какой-то мере и степень субъективно испытываемых ими страданий. Способность трезво видеть больного со стороны — не только защитная реакция, но и совершенно необходимое условие для правильного отношения к нему и, в частности, для выбора лечебной тактики. Почему врачи, и в их числе психиатры, в случае серьезных заболеваний своих родственников почти всегда предоставляют их лечение своим товарищам, а не осуществляют его сами? Одной из главных причин является то обстоятельство, что страдание своих близких врачи, как и вообще все люди, воспринимают как личное страдание, а это мешает им видеть больного, мешает правильной диагностике, мешает проведению необходимого лечения, которое расценивается ими то как неподходящее, то как слишком интенсивное и т.д. Поэтому одним из условий успешной медицинской помощи должна быть отстраненность врача от больного. Чем более зрелым является врач, тем в большей степени он способен на это. Отстраненность — одна из важнейших сторон профессионализма. Для оказания полноценной медицинской помощи внимание врача должно быть сосредоточено на главных патоло-

* По данным ряда психиатрических больниц, на 100 тысяч психически больных, находящихся в стационарах, приходится 40 случаев самоубийств (H.Resnik, 1968).

гических расстройствах, существующих у больного, а они далеко не всегда сопровождаются выраженными вовне реакциями страдания. При многих психических заболеваниях уменьшение количества жалоб на свое состояние является важным признаком утяжеления болезненных расстройств.

Чем большим опытом обладает врач, тем в большей степени он способен дополнить коллективные представления о врачебном долге своим личным его пониманием, которое обусловливается неповторимостью ситуаций в медицине. Не противореча нормам коллективного представления о врачебном долге, личное его понимание позволяет врачу в наибольшей степени осуществить индивидуальный подход к больному и является свидетельством его профессиональной зрелости.

Врач должен иметь возможность посмотреть со стороны и на самого себя. Непредвзятое и доброжелательное мнение товарищей по работе способствует правильной самооценке. Это одна из форм моральной поддержки. Что касается других форм, в которых эта поддержка врачей друг другу должна оказываться, то каждый вырабатывает их самостоятельно, исходя из своих личных качеств, опыта, общечеловеческих принципов взаимоотношений. Дать перечень рекомендаций поведения не представляется возможным. Очень важное значение имеет отношение врачей к собственным ошибкам и ошибкам других врачей. Такие ошибки должны быть подвергнуты нелицеприятному разбору с выяснением их причин. Разбор должен проводиться с тактом, чтобы не травмировать психику врача. "Ошибаются врачи всех специальностей. Меньше всех ошибаются врачи, не очень прочно связавшие свою деятельность с призванием к медицине. Они поэтому склонны передоверять свои заключения старшим, скрываться за спинами консультантов: они вряд ли переживают свои ошибки всерьез. Хорошие, настоящие врачи тяжело переживают свои ошибки. Трагические исходы таких переживаний нередки. Недаром именно у врачей количество случаев стенокардии и инфарктов миокарда особенно велико" (И.В.Давыдовский).

Тщательной разбор врачебных ошибок должен осуществляться таким образом, чтобы больной ни в коей мере не мог быть его свидетелем. Информирование больного должно быть ограниченным и осторожным не потому, что тем оберегается честь медицины, а по той простой причине, что нередко широкое оповещение больного подрывает его доверие не только к врачу, допустившему ошибку, но и к медицине вообще, помощью которой очень многим больным предстоит в дальнейшем пользоваться.

В конце 70-х — начале'80-х гг. врачи различных специальностей заговорили о необходимости либо уделять большее внимание вопросам

деонтологии в высших и средних медицинских учебных заведениях, либо ввести там специальный курс деонтологии. Правомерно и то, и другое. Особенно важно, чтобы проблемы врачебного долга и врачебных ошибок постоянно затрагивались при повседневном клиническом разборе больных. Студент и врач-специалист всегда лучше запомнят конкретного больного, чем обобщенные и отработанные формулировки, столь частые в лекционных курсах. На конкретном примере преподаватель способен показать, что было сделано для больного полезного, а где были допущены ошибки, в чем они заключались и в чем их причина. Нередко больные сами по ходу их исследования, незаметно для самих себя, и значительно реже — осознанно, приводят факты, свидетельствующие о нарушении врачебного долга, допущенном по отношению к ним в прошлом. Очень часто такие примеры не найдешь ни в одной лекции, ибо они индивидуальны. Подобные факты не просто запоминаются слушателями — они способны сделать их как бы соучастниками таких ошибок, особенно если вспоминаются, как это нередко случается, собственные сходные ошибки. Необходимо привлекать данные литературы, где освещались бы подобные ошибки. Следует рассказать и о собственных ошибках, если их можно применить к данному разбору. Всегда следует подчеркнуть, чего стоило больному нарушение принципов деонтологии, в частности, врачебная ошибка.

Взаимоотношения между психиатрами затрагивают и такую ситуацию, когда сам психиатр заболевает психически. На психологию психически больного психиатра, так же, как и на психологию заболевшего врача любой другой специальности, оказывают влияние профессиональные знания, накопленный за время работы личный опыт, в ряде случаев — собственный опыт болезни, т.е. интеллектуальная, профессиональная надстройка. Лечащий врач может ее либо учитывать, либо не учитывать— в зависимости от особенностей психических нарушений, существующих в данный момент у заболевшего. Если речь идет о психозе, профессиональная надстройка не должна приниматься во внимание: психиатр — такой же больной, как и любой другой, и требует соответствующего медицинского вмешательства. Наиболее часто совершаемые по отношению к заболевшему психиатру врачебные ошибки — оттягивание под теми или иными предлогами госпитализации, стремление поместить больного врача "в более легкое отделение", игнорируя особенности его психического статуса, промедление в назначении необходимой терапии, поблажки, нарушающие установленный для всех больных режим отделения. В тех случаях, когда психоз редуцируется до невротического или

неглубокого аффективного уровня (субдепрессия — но не гипомания!) или же эти непсихотические расстройства возникают изначально, профессиональная надстройка должна обязательно — хотя и в разной степени — приниматься во внимание лечащим врачом. Она всегда способна оказать помощь при психотерапии. Иногда знания больных врачей оказываются полезными и при назначении им лекарственной терапии. Это касается в первую очередь или даже исключительно тех врачей, которые заболевают не в первый раз и уже испытали на себе действие различных психотропных и иных препаратов. Вместе с тем, мнение больного психиатра о назначаемых ему лекарствах имеет значение лишь тогда, когда оно правильно соотносится с особенностями его психического состояния, оценка которого всегда должна относиться к компетенции лечащего врача. Сам больной не может делать по этому поводу решающего заключения, сколь бы правильными ни казались его соображения. В определении психического состояния больного товарища, в вопросах режима, лекарственной терапии и т.д. лечащий врач всегда обязан быть хозяином положения и основываться на собственном опыте или, при необходимости — на опыте других врачей. При лечении больных психиатров в тот период болезни, когда у них отсутствуют симптомы психоза, во всех случаях необходима психотерапия. При ее проведении всегда следует учитывать имеющуюся у врача "профессиональную надстройку" и его собственный опыт болезни. Мнение Н.В.Эльштейна (1961), согласно которому у заболевших врачей зачастую наблюдается переоценка тяжести своего заболевания, может быть распространено и на психиатров, прежде всего на тех, кто заболел в первый раз. Обычно, если не всегда, это больные с расстройствами, близкими к пограничным. Молодые психиатры нередко склонны диагностировать у себя эндогенный процесс; зрелые врачи, особенно в состояниях субдепрессии — сосудистое заболевание головного мозга "с прогрессирующим" распадом памяти и "неизбежным" слабоумием. У легко болеющего психиатра почти всегда существуют ипохондрические переживания, нередко чрезвычайно тягостные. Психотерапевтические беседы, пожалуй, не должны проводиться с акцентом на методических приемах, а иметь своей задачей прежде всего вызвать заболевшего на откровенный разговор. Из спонтанных высказываний больного, как всегда, можно почерпнуть важные дополнительные сведения и о проявлениях заболевания в прошлом, о которых до этого он мог умолчать, и о настоящем психическом состоянии, выявить оценку и отношение психиатра к разным периодам своей болезни и к заболеванию в целом, вскрыть существующие установки в

отношении лечения, перспектив на будущее и т.д. Непринужденный разговор о себе позволяет также лучше представить больного как человека. Заболевшего врача обычно беспокоит вопрос о прогнозе его заболевания и нозологический диагноз. Если болезнь исчерпывается непсихотическим уровнем расстройств, почти всегда с чистой совестью можно говорить о благоприятном прогнозе. Если больной перенес приступ психоза и в последующем правильно его оценивает, лучше, не распространяясь о диагнозе болезни, обратить его внимание на факторы, которые определенно свидетельствуют о благоприятном прогнозе. Такие факторы существуют всегда. Целесообразно учитывать в генезе болезни значение привходящих моментов. Врачи, и в их числе психиатры, достаточно часто склонны объяснять возникновение своей болезни внешними обстоятельствами. Не стоит их разубеждать в таком мнении. При нозологической оценке пограничных расстройств можно ограничиться диагнозом "астено-невротическое или невротическое состояние". Очень многие психиатры в своей практике часто пользуются такой диагностикой, верят в нее и считают нетяжелой. В зависимости от обстоятельств можно говорить о неврозе. Если больной перенес явное депрессивное состояние — лучше говорить о депрессии циклотимического уровня или о циклотимии. Опять-таки психиатры сами нередко предпочитают этот диагноз и пользуются им для оценки своего состояния. В случаях приступов эндогенного процесса лучше или "облегчить" нозологический диагноз — например, употреблением прилагательного "атипичный" (всегда "удаляющего" заболевание от шизофрении), или сослаться на относительность точного разграничения болезней, учитывая действительно существующие в психиатрии разногласия в вопросах нозологии.

Психиатра, перенесшего приступ эндогенного заболевания, в том числе и процессуального, особенно сопровождавшегося депрессивными расстройствами, всегда следует "передержать" в больнице. Это в большей степени гарантирует стабильность последующего его состояния, в частности, нормализацию настроения. Кроме того, психиатр должен находиться под постоянным врачебным наблюдением в связи с возможными из-за болезни переменами в своей жизни, в том числе изменением прежнего социального статуса. Лечащий врач постоянно должен иметь в виду необходимость последующего поддерживающего лечения больного и заранее четко обговорить с ним этот вопрос. Перенесшие психическое заболевание врачи-психиатры, особенно молодые, часто не соблюдают назначаемое им в амбулаторных условиях лечение. Здесь необходим постоянный контроль.

Психически больному врачу должна быть предоставлена возможность самому выбирать себе лечащего врача на время амбулаторного лечения. Им обязательно должен быть психиатр, которому больной доверяет и в профессиональном отношении, и как человеку. Личные свойства лечащего врача нередко имеют для психически больного врача первостепенное значение. Контроль за поддерживающим лечением должен быть неукоснительным. Всякая попытка самолечения, к которому так склонны врачи, должна вовремя и умело пресекаться.

Отношение врачей к среднему медицинскому персоналу

Как и во всех лечебных учреждениях, в психиатрической больнице врач общается непосредственно со своими пациентами сравнительно мало. Доверяя больных среднему и младшему медицинскому персоналу, он должен быть уверен, что с ними не произойдет никаких неприятностей за время его отсутствия и все сделанные им назначения будут выполнены. Но в психиатрических стационарах средний и отчасти младший медицинский персонал наделен еще и особыми, не существующими в других лечебных учреждениях обязанностями. "Прежде всего надо отметить принцип наблюдения, надзора за больными. Между врачом и больным ... есть средостение, известным образом заполненное пространство. Я имею в виду .младший и средний персонал, имеющийся в каждом психиатрическом учреждении и играющий в психиатрическом обиходе — скажу прямо — громадную, первостепенную роль. Этот персонал не только выполняет лечебные назначения врача-психиатра (включая сюда же и свое моральное влияние), но прежде всего наблюдает за больным, делится своими наблюдениями с врачом; роль этого персонала в психиатрических учреждениях совершенно иная, чем в остальных клиниках. Без такого наблюдения через этот вспомогательный персонал правильное изучение душевнобольного совершенно невозможно и всегда будет неполным. Этот принцип объективного наблюдения, конечно, полезен и применяется всегда, но в психиатрических учреждениях он введен в систему"!*

Психиатр может не только эффективно использовать в своей работе клинические факты, сообщаемые ему средним персоналом — в чем-то он может просто учиться у него. Это касается умения наблюдать психически больного человека, находить к нему подход, учиться приемам

м Ганнушкин П.Б. Психиатрия, ее задачи, объем, преподавание. М., 1924, с. 13—14.

обращения, разговора и т.д. История психиатрии дает тому немало примеров. Ph.Pinel, например, считал своим идейным наставником (как в отношении специальных знаний, так и в проведении реформы содержания больных) надзирателя из Бисетра —Пюссена: "Мог ли я пренебрегать запасом идей и наблюдений, собранных в течение длинного ряда лет таким человеком, каким был Пюссен", — писал Ph.Pinel.* Хорошо подготовленный средний медицинский персонал всегда может пополнить знания врача.

При повседневном общении с психически больными опытная медицинская сестра способна не только отметить, но и правильно оценить Особенности тех психопатологических расстройств, которые в силу разных причин, в том числе и по недостатку опыта, остаются незамеченными врачом или же неверно им трактуются. Более того, наблюдение повседневной жизни больных в отделении позволяет персоналу увидеть больных с той стороны, которая характеризует их собственно человеческую сущность. Нередко персонал судит о психически больных как о людях гораздо более правильно, чем это способны сделать врачи. Поэтому врачу-психиатру никогда не следует пренебрегать сведениями, которые сообщает ему средний и младший медицинский персонал, видящий жизнь больных в отделении как бы "изнутри", сам являющийся непосредственным участником этой жизни.

"В первые годы врачебной деятельности, — расказывал А.В.Снежневский, — мне случилось работать в отделении, где была очень опытная старшая сестра. В это время здесь находилась больная с депрессией, состояние которой, по моему мнению, улучшалось. Я сообщил об этом старшей сестре и добавил: "Она начала улыбаться". Однако скоро старшая сестра подошла ко мне и сказала: "Нехорошо она улыбается, переведите ее в надзорную палату". Я был очень удивлен, но рекомендацию выполнил. Через несколько дней, находясь в наблюдательной палате, эта больная совершила серьезную суицидальную попытку. Так я узнал, чем могут осложниться "улыбающиеся" депрессии. В другой раз другая сестра сказала мне: "Вот у Вас двое больных, а Вы знаете, какими они были до болезни людьми?" И она тут же перечислила мне особенности личности каждой больной. Ее характеристики были совершенно правильными. Так я узнал, что психически больные и в психозах продолжают сохранять свои прежние человеческие свойства. Позже я заметил, что опытные сестры в своем общении с больными всегда учитывают личность больного".

Очень важной стороной в деятельности среднего медицинского персонала являются разговоры с больными. Тем большую цену приобрета-

* Каннабих Ю.В. История психиатрии. С. 157.

25-587

ет персонал, чем больше он умеет молчать. Важно как можно больше слушать больных и наблюдать их, в случае необходимости осторожно задавая им вопросы. Результаты своих наблюдений и содержание высказываний больных средний медицинский персонал сообщает врачу в устной или письменной форме (дневник наблюдений за больными). Очень часто важные перемены в состоянии больных первым подмечает средний и младший обслуживающий персонал. А.В.Снежневский как-то рассказал, что в больнице "Никольское", где ему в молодости пришлось работать, был опытный фельдшер. Каждое утро он встречал заведующего отделением кратким отчетом о том, что произошло в отделении за время его отсутствия. Очень часто такой отчет начинался словами: "Сегодня такие-то больные спутаны". Фельдшер понимал это слово по-своему, но заведующий знал, что у названных больных произошло определенное ухудшение психического состояния и что их надо осмотреть в первую очередь. В некоторых случаях этот фельдшер был способен не только первым отметить ухудшение психического состояния больного, но и дать такому ухудшению правильную прогностическую оценку. Так, например, он говорил: "Больному стало хуже — он начал уборные мыть; теперь долго не поправится, да и с собой может что-нибудь сделать". Отмеченный симптом, по словам А.В., всегда свидетельствовал о том, что речь идет о больном с тревожной депрессией, сочетающейся с ажитацией, выраженным бредом самообвинения и (или) обвинения. В настоящее время статус таких больных часто определяется как депрессивно-параноидный.

На вопросы больных об их состоянии среднему медицинскому персоналу следует отвечать лишь в тех случаях, когда больному явно лучше и этот факт точно известен из сообщения врача. Ответ должен только подтвердить то, что больному уже и так известно: "Да, против прежнего состояние улучшилось, Вы же сами видите..." Чаще всего больной удовлетворяется таким ответом. Если же он начинает задавать уточняющие вопросы, нужно поступить так же, как и тогда, когда явных перемен к лучшему нет — сослаться на свою неосведомленность и посоветовать обратиться за разъяснением к врачу. /

В деле выполнения врачебных назначений, ухода, наблюдения и надзора за психически больными среднему медицнскому персоналу необходимы такие же личные качества, как и самому врачу-психиатру: способность понимать больного человека, терпение, самообладание, сообразительность и т.д. "Профессия служителя требует ... громадного терпения, самопожертвования, самообладания и сообразительности" (E.Kraepelin, 1912).

Врач не может рассчитывать на то, что предоставленный в его распоряжение средний медицинский персонал будет по своим личным качествам и специальным знаниям с самого начала удовлетворять необходимым условиям. В идеале врач должен сам создавать себе помощников, с которыми ему предстоит работать, и уметь закрепить в них выработанные необходимые свойства. Для этого необходимо прежде всего знать своих людей — знать не только уровень профессиональной подготовки и личные качества, но также интересы, настроения, семейную жизнь, прошлое, надежды на будущее и т.д. Такое знание достигается заинтересованностью, доброжелательностью и доступностью самого врача. Средний медицинский персонал необходимо не только учить профессиональным навыкам, но и воспитывать его. Лучшим способом обучения и воспитания является личный пример. Прежде, чем врач становится авторитетом в глазах своих сотрудников, они должны поверить в него как в человека и как в специалиста. Как о человеке — о враче судят по его характеру, где очень важной чертой является постоянство эмоционально-волевых качеств и способность к самодисциплине; как о специалисте — по умению обращаться с больными и помогать им. Если характер врача при всех своих положительных свойствах отличается неуравновешенностью, ему никогда не завоевать доверия и уважения большинства тех скромных и надежных людей, от которых зависит быстрое и умелое выполнение его указаний. У плохого и нерадивого врача или у врача, который не умеет держать себя в руках, персонал очень скоро усваивает его пороки.

Но если врач — специалист своего дела, обладает самодисциплиной и характером, налицо важнейшие предпосылки к тому, чтобы пользоваться авторитетом в глазах своих подчиненных. В этом случае врач способен побудить вверенный ему персонал действовать по собственной инициативе в необходимом для интересов дела направлении, а это — гарантия того, что он будет должным образом выполнять свои обязанности и в отсутствие врача. Авторитет врача всегда повышается, если персонал уверен, что им интересуются и что его работу ценят. Важно, чтобы средние и младшие медицинские работники верили не только в своего врача, но и в себя. Вера в себя повышает моральное состояние людей.

Одной из наиболее доступных форм профессионального обучения психиатрами среднего медицинского персонала является совместная работа во время врачебных обходов. Здесь представлена не только возможность показать на конкретных, а потому запоминающихся примерах ' особенности различных психопатологических состояний и их видоизме-

нение в процессе лечения, но и обучить персонал тому, как надо разговаривать и вообще обращаться с психически больными. Утренние "пятиминутки" с чтением дневников наблюдения и совместным обсуждением состояния больных также помогают персоналу с пониманием относиться к наблюдаемым ими картинам болезни. Одна из главных задач профессионального обучения психиатром среднего медицинского персонала — научить его понимать особенности психического состояния больных и, по возможности, предугадывать направление его видоизменений, влекущих за собой те или инь!е отрицательные последствия. Конечно, средний медицинский персонал должен знать клиническую нозологию. Однако главные его знания в области клиники должны касаться особенностей настоящего психического состояния больных, так как в первую очередь им определяется почти вся работа среднего персонала. Средний медицинский персонал должен уметь видеть основные положительные изменения психического состояния больных, вызванные лечением. Это важно, во-первых, потому, что с изменением состояния больного меняются методы обращения с ним, надзора и ухода, а кроме того, средний медицинский персонал становится при этом не только свидетелем, но и соучастником общего дела, способен видеть результаты затраченного им труда. Совместная работа с ее успехами и неудачами помогает создать взаимопонимание, взаимодоверие, взаимоуважение у всех ее участников.

Врачебная тайна

Врачебная тайна — определенное поведение медика в отношении всего виденного и слышанного им от пациента при оказании ему лечебной помощи, в том числе и в форме совета. Необходимость соблюдения врачебной тайны вытекает из доверия, которое оказывают медику (психиатру) лица, обращающиеся к нему за помощью. Без такого доверия верное понимание больного и, стало быть, правильное его лечение затруднительно, а то и вовсе невозможно. Психиатр должен ценить и сохранять оказанное ему доверие. Он должен уметь держать при себе не только то, что он слышал и видел, но и все то, о чем он может лишь догадываться. Однако вопрос о врачебной тайне касается не только психиатра и больного. Это еще и важная общественная проблема. Обязанность сохранять врачебную тайну не является абсолютной. Она может быть нарушена в том случае, когда ее сокрытие несет угрозу интересам общества или отдельных его индивидуумов. Прежде всего, существуют обстоятельства, когда раскрытия врачебной тайны от медика (психиатра)

требует закон. В психиатрии такие обстоятельства чаще всего возникают в ситуациях экспертного характера, а также в случаях, когда речь идет о возможности выполнять некоторыми лицами определенные профессиональные обязанности. Сообщения, требуемые законом, должны делаться психиатром либо органам здравоохранения, либо органам следствия и суда. За пределами этих, регулируемых законом, случаев лежит область, где медик (психиатр) руководствуется профессиональным, в том числе и индивидуальным, пониманием своего медицинского (врачебного) долга. Здесь наиболее часто встает вопрос о сообщении факта существования психической болезни третьим лицам, интересы которых данная болезнь может затронуть: родителям — относительно болезни детей; мужу или жене — относительно болезни супруга; руководителям учреждения — в отношении сотрудника и т.д. В подобных ситуациях имеет значение, при каких условиях делается такое сообщение. Если врач (психиатр) приглашен руководителями учреждения или к нему обратились родители больного, то он должен сообщить им о факте болезни и насколько болезнь угрожает их интересам. Если же к врачу обратился сам больной, обязанность информировать о его болезни третьих лиц возникает лишь в том случае, если необходимо оградить интересы этих третьих лиц, а другого способа к ограждению их интересов не существует.

Психические болезни, психически больные, психиатры, психиатрия

Одним из наиболее частых, а потому и важных проявлений различных форм медицинской патологии является боль, заставляющая людей страдать. Что бы ни говорили стоики, боль — худшее из всех зол. Общепринятого, в том числе и клинического, определения боли не существует, хотя данное слово не только встречается в медицине очень часто, но и всякий раз употребляется к месту. Совсем не случайно одним из первых вопросов, с которыми врачи любой специальности обращаются к больным, является фраза: "Что болит?" Боль — субъективное расстройство, но, тем не менее, и врачи, и особенно их пациенты способны почти всегда не только констатировать боль, но и различить две ее главные формы — боль физическую и боль психическую или, как нередко говорят сами больные, боль моральную. Кроме того, больные люди в состоянии достаточно четко дифференцировать особенности тягостного, порой мучительного для них болевого ощущения. Физическую боль они определяют такими словами, как "ноющая", "дергающая", "стреляющая", "сверлящая", "распи-

рающая" и т.д. Психическая боль также имеет свои оттенки. Первона{чально она проявляется смутным ощущением того, что в привычный хо/ психических процессов — мыслительных и чувственных — вторглось- что-то неопределенное, непонятное, необычное. Это ощущение всегда' тяготит или же просто пугает. В других случаях — иногда с самого начала, иногда в последующий период болезни — возникшая психическая боль поддается достаточно точной субъективной оценке. Говорят о непонятных тревожных предчувствиях, тягостном чувстве неопределенного недовольства собой, окружающими или тем и другим одновременно, бессилии и безволии, которые трудно или невозможно преодолеть, обеднении прежних интересов, желаний, потребностей—вплоть до их полного исчезновения, ощущении потери жизненной перспективы, убежденности в бесполезности своей жизни не только в настоящее время, но и в «| прошлом и в будущем, чувстве безысходности с ощущением жизненного краха и т.д. Эти ощущения всегда в той или иной степени сопровождаются чувством обесценивания своего существования — вплоть до появления нежелания жить, а в некоторых случаях — отвращения к жизни. Конечно, как у соматически больных, так и у душевнобольных, могут сосуществовать обе формы боли. Правомерно даже сказать, что многие соматические болезни постоянно сопровождаются психической болью. Этот факт отмечен не только врачами, но и представителями высокой литературы — достаточно вспомнить повесть Л.Н.Толстого "Смерть Ивана Ильича". Однако при соматических болезнях психическая боль никогда не достигает той интенсивности, как при душевных болезнях и, кроме того, она в основном носит преходящий характер.

О том, что душевные болезни сопровождаются психической болью, психиатры знали давно. I.Guislain(1835) первым отметил тот факт, что уже в начале болезни у очень многих больных появляется психическая (моральная) боль — douleur morale. Последующие исследователи — E.Zeller (1838), W.Griesinger (1845), H.Neuiman (1859), H.Schule (1880) подтвердили сделанное I.Guislain'oM наблюдение. Описанные ими симптомы психической боли не оставляют сомнений в том, что все они являются проявлениями различных форм депрессий. Конечно, не одни только эмоциональные расстройства сопровождаются психической болью. Самые различные психопатологические симптомы, возникающие в начале психической болезни — навязчивость, деперсонализация, дереализация, различные формы бреда, галлюцинации и т.д. — сопровождаются психической болью. "Клинический опыт свидетельствует, что бред и галлюцинации могут быть причиной очень сильной моральной (душевной)

боли".* Однако психическая боль, сопутствующая перечисленным психопатологическим расстройствам, всегда имеет большую интенсивность, если, как это часто бывает, он,и сопровождаются депрессивным аффектом. К настоящему времени установлено, что психические болезни, при которых начальным психопатологическим расстройством является депрессия, относятся по преимуществу к группе эндогенных заболеваний. Однако выраженные и длительные депрессивные расстройства встречаются также в начале и в последующем развитии самых различных соматически обусловленных психических болезней: при токсикоманиях (алкоголизм, барбитуратизм и др.), эпилепсии, психических расстройствах, возникающих в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы, сифилисе головного мозга, различных симптоматических психозах и др. Даже при прогредиентно развивающихся органических заболеваниях, влекущих за собой при отсутствии лечения или же независимо от него развитие тотального слабоумия и летальный исход, в начале болезни возникает интенсивная психическая боль, способная, в частности, вызвать самоубийство больного. Такие дебюты встречаются при прогрессивном параличе (Ф.Е.Рыбаков, A.Bostroem) и особенно часто — при хорее Гентингтона (Э.Я.Штернберг, 1963).

Душевная боль, сопутствующая психическим болезням, так же, как и боль физическая, овладевает сознанием больного и в той или иной степени подавляет свойственные ему прежде мысли, желания, представления и т.д.: "Зрачок духовного глаза сужается, и до сознания доходит только единственный видимый им предмет — душевная боль, на которую обращено все внимание".** Справедливость этих слов выдержала испытание временем: "Существование психической боли сужает поле сознания вплоть до полного его выключения" (P.Leonardon, 1969).

При соматических болезнях физическая боль, особенно интенсивная и мучительная, обычно не бывает продолжительной. Возможно, поэтому при соматических заболеваниях подавление психических функций сравнительно редко бывает значительным и продолжительным. Кроме того, соматически больной человек, даже в случаях хронических, в том числе смертельных, болезней, остается прежней личностью. Во всяком случае, обычно его психическое "я" не претерпевает значительных изменений. Не исключено, что именно эти два обстоятельства позволяют человеческому духу противостоять телесной болезни. История дает тому многочисленные подтверждения.

* I.Garneau, I.M.Diner. Acte de Colloque tenu le 17 octobre 1986 au Duglas Hall, p. 65.

** Гризингер В. Душевные болезни. СПб., 1875, с. 36.

"К.М.Быков, будучи тяжелобольным, занимался самонаблюдением и написал работу "О расстройстве термической чувствительности". Страдавший, по-видимому, хронической рецидивирующей пневмонией Вильям Ослер в период одного из обострений написал большую работу о-пневмонии, а предвидя затем приближающуюся смерть, завещал свой мозг институту" (Н.В.Эльштейн, 1961). И.С.Тургенев, умерший от рака легкого, сопровождавшегося метастазами в позвоночник, испытывал незадолго до смерти приступы сильнейших болей, во время которых он, по его словам, "ревел, как бегемот". Будучи прикованным болезнью к постели, он в периоды облегчения своего состояния по-прежнему, вплоть до последних дней жизни, оставался писателем. O.Bumke, страдавший злокачественным новообразованием и хорошо осведомленный о характере своего заболевания, прекратил чтение лекций и консультации больных лишь за три дня до смерти. Практическая деятельность врачей-соматиков, да и просто житейский опыт способны привести многочисленные аналогичные наблюдения. Ах, если бы Вы знали, как болит душа — душевная боль куда тяжелее всех физических болей и болезней...".*

При душевных болезнях моральная боль и подавление психических функций продолжаются зачастую годами, в течение всего периода заболевания. Кроме того, при душевных болезнях "я" больного меняется. Как писал П.Б.Ганнушкин (1924), "человек становится иным". Можно без преувеличения сказать, что эти две причины способны в очень большом числе случаев подрубить под корень человеческий дух и его сопротивление болезни. Психическая болезнь "валит" человека и делает его беспомощным. Существует еще одно обстоятельство, сламливающее душевно больного человека. Психические болезни в своем подавляющем большинстве, особенно вначале, развиваются в субъективной сфере. В обыденной жизни легко понять и принять такие факты, как головная боль, боли в животе, повышение температуры и т.д. Эти симптомы осязательны, зачастую поддаются объективному исследованию. А легко ли понять человека, который говорит о том, что стал не тем, потерял себя, или жалуется на "крик души". Психически больных часто в течение продолжительного времени окружает непонимание и, как следствие, отсутствие помощи, а то и лросто раздражение. Так было раньше, так зачастую бывает и теперь. Возможно, одной из причин, по которой в XIX веке психиатрические больницы Англии, Шотландии, Франции назывались "убежищами" (asiles des alienes), явилось и то, что только здесь душевнобольной человек мог быть огражден от непосильных для него требований жизни и понят в своих страданиях.

* Из письма художника М.К.Соколова к Н.В.Розановой, дочери писателя В.Розанова. Журнал "Москва", №2, 1989. С. 185.

Сколь относительной и субъективной ни была бы попытка оценить степень страдания больного человека, правомерно все же сделать допущение, что в целом большая часть психически больных стоит на высшей ступени этого явления. Помимо приведенных выше соображений, еще одним, возможно, косвенным подтверждением этой мысли может явиться соотношение частоты самоубийств при психических и соматических болезнях. Психические отклонения и собственно болезни как причина самоубийств составляют от 70 до 90 и даже более процентов среди всех суицидентов; на долю соматически больных их приходится всего 5—6%. Психиатры почти всегда, хотя и в разной степени, осознают страдания психически больных. Его соотносят в первую очередь с наличием интенсивных продуктивных расстройств. По-видимому, совсем не случайно в подобных случаях психиатры используют не очень удачный термин "переживание" — бредовые, галлюцинаторные, делириозные, психотические, психопатологические и т.п. переживания. Этими словами, невольно или осознанно, психиатры стремятся подчеркнуть факт душевного страдания психически больных. Подразумевается, что интенсивность страдания больных находится в прямой зависимости от степени выраженности позитивных психопатологических расстройств. Об этом, в частности, косвенно может свидетельствовать то, что в клинике пограничных психических болезней слово "переживание" употребляется крайне редко. Возможно, это происходит потому, что внешние проявления интенсивно выраженных болезненных картин, которые определяются термином "психоз", своим драматизмом заставляют невольно соотносить их со степенью страдания больных и испытываемой ими психической боли.

Существует и другая точка зрения, которой придерживались, в частности, сторонники концепции единого психоза. При ослаблении психических расстройств или в начале психической болезни наряду с психической болью у больных существует отрицательная эмоциональная реакция, связанная с тем, что у них появляется (или же еще остается) сознание болезни. Можно сделать допущение, что легко болеющие психически больные мучимы своим состоянием в достаточно сильной степени еще и по этой причине. Косвенным подтверждением этому предположению является соотношение частоты самоубийств среди больных с психозами и легко психически больных. Среди суицидальных попыток, совершаемых психически больными, лишь 1/3 приходится на долю больных с психозами, тогда как 2/3 — на долю легко болеющих. Можно возразить: больные с психозами почти всегда достаточно быстро попадают в психиатрические больницы. Стационирование, по мнению E.Kraepelirf а га-

рантирует от самоубийства 90 и более процентов больных, желающих совершить суицид. Вместе с тем, опытным больничным психиатрам хорошо известен факт, что у многих больных, в первую очередь перенесших депрессивный психоз или непсихотическое депрессивное расстройство, именно при улучшении психического состояния резко возрастает риск совершения суицида. Он осуществляется в ряде случаев, несмотря на надзор, в стенах самой больницы или вскоре после выписки из нее.

Среди значительной части психиатров достаточно прочно укрепилось мнение, что с течением времени, особенно при хроническом развитии психической болезни и на отдаленных ее этапах, больные "тупеют" и перестают испытывать прежние мучения. Причиной подобных представлений является не только объективное несовершенство специальных знаний, но и личностные особенности врачей-психиатров. Ведь далеко не всякий, кто посвятил себя психиатрии, обладает способностью "интимного подхода" (E.Kraetschmer, 1924) к психически больному человеку. Эта ошибка является настолько важной, что на ней следует остановиться особо, взяв в качестве примера больных шизофренией. Неверные оценки психиатрами душевного страдания этих больных связаны, кроме всего прочего, еще и с теоретическими предпосылками диагностики шизофрении. С того времени, как E.Kraepelin выделил группу dementia praecox, одним из важнейших и достоверных критериев ее диагностики сделались возникающие в результате болезни особые личностные изменения, в частности, изменения в эмоциональной сфере больных. Психиатры быстро усвоили внешние проявления этого расстройства, не очень-то заботясь о внутренней картине болезни. Скорее всего, именно данное обстоятельство и повлекло за собой такие привычные определения аффективности больных шизофренией, как "эмоционально монотонен, тускл, снижен, холоден, равнодушен, выхолощен, туп" и т.д. Одновременно с подобной оценкой больных шизофренией среди психиатров исподволь укоренилась убежденность в том, что такие больные перестают страдать и в какой-то степени осознавать свое состояние: "Ведь ты, голубчик, туп, понимаешь, ты — слабоумный", — говорил лет 20—25 назад больному шизофренией опытный психиатр, обучавший психиатрии врачей.

Конечно, не все психиатры думали и поступали так даже еще в начале текущего столетия. "Блейлер первый отметил, что и мумиеподобные старые обитатели больниц, на которых мы привыкли смотреть как на типы наиболее глубокого аффективного слабоумия, могут еще сохранять остатки "комплексов",* отдельные чрезмерно чувствительные места в своей душевной жизни, прикосновение к которым вызывает внезапную поразительную реакцию".** "Вы вовсе не знаете, до чего мне все это больно", — сказал недавно своим родителям страдающий гебефренией школьник, в котором внешне проявлялись только непреодолимое сухое равнодушие, вялость и абсолютное отсутствие темперамента".*** E.Kretschmer'у принадлежит описание одного из наиболее важных признаков изменения эмоциональности больных шизофренией.

"Ключом к шизоидным темпераментам (в том числе и к личностным изменениям больных шизофренией — Н.Ш.) владеет только тот, кто ясно понимает, что большинство шизоидов не только то чрезмерно чувствительны, то холодны, но что они одновременно чрезмерно чувствительны и холодны в совершенно различных пропорциях".*** В своих клинических разборах П.Б.Ганнушкин, желая подчеркнуть особенности личностных изменений больных шизофренией, постоянно говорил о том, что в них "много дерева и стекла" (твердого и хрупкого) и "мало стали и резины" (упругого и гибкого). Высказывание П.Б., несомненно, соотносится с тем, о чем писал E.Kretschmer, и свидетельствует о важности его наблюдения. При очень многих психических болезнях существуют состояния, которые можно было бы определить так же, как это сделал E.Kretschmer в отношении больных шизофренией.

О том, как могут ошибаться психиатры не только в оценке степени и необратимости психического, в первую очередь эмоционального, дефекта больных шизофренией, но и в оценке способности таких больных чувствовать, и в период болезни, и особенно — при исчезновении психических расстройств, отношение к себе медицинского персонала, дает представление исследование И.Н.Введенского и А.Е.Асеевой (1941).

"В наблюдавшихся нами случаях дело шло о резких и глубоких изменениях психического состояния некоторых душевнобольных незадолго до смерти, в предагональном периоде. Эти изменения сводились к неожиданному исчезновению болезненных явлений во всех сферах жизни, исчезновению столь полному, что термин "ремиссия" в применении к подобным случаям казался недостаточным. Эти предсмертные "выздоровления", если можно так выра-

* Комплекс — длительно сохраняющиеся эмоционально окрашенные мысли, чувства, подавленные желания, вытесненные в подсознание, но оказывающие существенное влияние на установки и поведение человека.

** Кречмер Э. Строение тела и характер. Перевод с 3-го немецкого издания. Гос. изд-во Украины, 1924, с. 149.

***Тамже. С. 147.

зиться, отмечались только у одной определенной категории больных, именно у шизофреников, а во-вторых, обнаруживались иногда в случаях со столь глубокими психическими изменениями и дефектами, что возможность сколько-нибудь значительного улучшения представлялась совершенно исключенной. Психическое состояние страдающих шизофренией никогда не ухудшается с приближением смерти: оно или остается неизменным, или чаще в той или иной степени улучшается, или, наконец, в гораздо более редких случаях, дает картину неожиданного, своеобразного "выздоровления", как ни парадоксально звучит это слово в применении к хронику, с одной стороны, и к умирающему, с другой... Эти внезапные и глубокие изменения психического состояния шизофреников в предсмертном периоде могут иметь место как в случаях относительно недавних, так и в хронических состояниях очень большой продолжительности, достигающей иногда десятков лет. При этом дело иногда идет о болезненных картинах, внешне очень тяжелых, с очень глубокими и стойкими изменениями психической личности, носящими характер тяжелого исходного состояния, так называемого шизофренического слабоумия. Среди больных этого рода некоторые ведут долгими годами чисто растительную жизнь, утрачивают, по-видимому, почти всякую связь с внешним миром, теряют всякие интересы, не обнаруживают эмоционального резонанса и сколько-нибудь адекватных реакций на впечатления, имеющие к ним, казалось бы, особенно близкое отношение. Они большей частью не могут быть приспособлены ни к какому виду несложного труда, проводят жизнь в стереотипных вычурных позах или привычных монотонных движениях, иногда в многолетнем молчании. Они оцениваются как глубоко и безнадежно дементные, интересуя персонал лишь в качестве объектов ухода, и вынуждены иногда слышать произносимые без всякого стеснения отзывы о них как о совершенно и безнадежно слабоумных.

Явления, о которых идет речь, возникают обычно за несколько дней до смерти или, вернее, до наступления агонального состояния, иногда за более долгий промежуток, не превышающий, однако, по нашим наблюдениям, месяца. Как правило, больные обнаруживают происшедшую с ними перемену неожиданным обращением к персоналу, к чрезвычайному удивлению последнего. Больной, молчавший годы, совершенно недоступный, инертный и безучастный, неизменно негативистичный, обращается с вопросом или просьбой, правильно называя сиделку, надзирательницу или врача, просит побыть около него, справляется о своем здоровье, выражает опасение умереть или даже сразу оценивает правильно свое положение как безнадежное, оказывается более ориентированным в окружающем и во времени, чем можно было бы предполагать по его предыдущему поведению, правильно и хорошо осведомлен об ухаживающем персонале; дает отдельным его представителям верные характеристики как работникам и людям; с благодарностью вспоминает заботливость и внимание одних, с горечью и негодованием говорит о равнодушном, негуманном, небрежном отношении других. Не высказывает бреда,

отрицает галлюцинации; проявляет критическое отношение к своему прежнему состоянию и поведению как болезненному. Охотно сообщает о своих патологических переживаниях предыдущего периода, давая иногда для них те или иные интересные и довольно тонкие объяснения. Больной сообщает полные и точные анамнестические сведения, иногда до того совершенно отсутствовавшие в истории болезни, обнаруживает хорошую память, удовлетворительное соображение, устойчивое внимание (в меру естественной для его положения общей слабости). Возродившаяся эмоциональность проявляется и количественно и качественно в адекватных реакциях на свое положение. Сознавая опасность своего болезненного состояния, больной страшится смерти; предвидя близкий конец, тоскует об уходящей жизни, жалуется на свою злополучную судьбу, на погибшую в душевной болезни молодость. Давно потерявший связь с семьей, иногда вдали от родины, он днем и ночью вспоминает о жене, детях или родственниках, беспокоится об их жизни, здоровье, материальном благополучии. Просит отпустить его домой, чтобы хотя бы умереть дома, среди своих, или понимает невозможность переезда в его состоянии, умоляет врача вызвать родных, диктует письма или телеграммы им, желая повидаться и проститься с ними.

В этом периоде душевное состояние и поведение таких больных настолько далеко от душевной болезни, что ни один врач, не исключая и специалиста, не будучи осведомлен об анамнезе, не заподозрит в соматически тяжелом пациенте недавнего душевнобольного хроника.

Описываемые явления могут наблюдаться при различных клинических формах шизофрении: гебефренической, кататонической, параноидной и в так называемых исходных состояниях, носящих черты типичного глубокого и стойкого шизофренического слабоумия. Можно не без основания заключить, что если в тяжелых и длительных случаях возможны столь далеко идущие улучшения, граничащие с выздоровлением, то тем естественнее и вероятнее их возможность в более легких по форме и течению шизофренических проявлениях. Предсмертные изменения, о которых идет речь, могут представить ценные данные для уяснения генеза ремиссий разного рода: спонтанных, постинфекционных, лечебных и т.д.".*

Введение в психиатрическую практику лечения больных психотропными средствами во многом подтвердило правильность высказываний И.Н.Введенского и А.Е.Асеевой.

Однако проблема нравственных страданий психически больных пока еще не может быть разрешена существующей лекарственной терапией. Даже значительное улучшение психического состояния далеко не всегда избавляет больного от тягостных переживаний. Во многих слу-

* Введенский И.Н., Асеева А.Е. Предсмертные состояния шизофреников и проблема шизофренического слабоумия. Труды ЦИП РСФСР, т. 2, М, 1941, с. 57.

чаях ослабление продуктивных расстройств заставляет его острее почувствовать перемены, происшедшие в нем как в человеке, снижение своих прежних возможностей и вытекающие из этого продолжительные и часто необратимые изменения в образе жизни. Как правило, больные не остаются безучастными к происходящему с ними. Они постоянно размышляют об этом. Такая крайне тягостная рефлексия нередко принимает постоянную форму, т.к. при ослаблении болезненных расстройств очень часто остается длительное субдепрессивное состояние.

Все это не только мучает, но и изнуряет больных, а различные психогении, в первую очередь семейно-бытового характера, легко создают поводы для совершения ими суицидальных попыток.

Психиатр, как и врач любой другой специальности, не может оставить психически больного человека один на один с его болезнью. Его долг — помогать больному в его "хождениях по мукам" всеми средствами, которыми она располагает.

На разных этапах развития научной психиатрии, со времени реформ Рп.РтеГя, в вопросе о долге психиатра акцентировались различные стороны. В течение всего XIX века долг психиатра понимался в первую очередь как борьба за права психически больных, "за право душевнобольного быть больным, таким же больным, как другие больные; за то, что душевнобольных надо лечить".* Наиболее важными достижениями психиатрии XIX—начала XX века явились: в области больничной психиатрии — "система нестеснения" и "система открытых дверей"; в области внебольничной психиатрии и лечения психических болезней — патронаж психически больных, выделение "малой" психиатрии, психотерапия и терапия прогрессивного паралича.

В начале 20-х годов текущего столетия отечественная психиатрия обогащается новыми формами помощи психически больным. Впервые в мире в нашей стране создается система внебольничной психиатрической помощи. Ее существование позволило не только выявлять психически больных и совершенствовать их лечение, но и начать в широком масштабе систематическую разработку социального и трудового устройства душевнобольных. За рубежом такая работа под названием "Реабилитация психически больных" получила свое развитие лишь после Второй мировой войны. Наряду с системой внебольничной психиатрической помощи важнейшей предпосылкой дальнейшего разрешения вопросов реабилитации явилось введение в практику терапии психических

* Ганнушкин П.Б. О необходимости вступительной лекции и в память С.С.Корсакова. Избранные труды. М.: Медицина, 1964, с. 258.

болезней психотропных средств. Их применение позволило добиться ослабления продуктивных расстройств до того уровня, на котором проявляются пограничные психические заболевания. Терапия психотропными средствами создает определенные предпосылки для увеличения числа людей, психически легко болеющих. Их контингент расширяется также за счет внебольничной психиатрической помощи. Одним из ее результатов явилось выявление значительного числа больных, нуждающихся в амбулаторном лечении у психиатра. Эти больные относятся как к пограничной, так и к "большой" психиатрии, с той лишь разницей, что в последней заболевания проявляются в стертой форме. Отечественные психиатры с начала текущего столетия постоянно стремились расширить границы психиатрического исследования в направлении пограничных психических заболеваний. Для этого им надо было выйти из стен психиатрических больниц, в которых прежде проходила их основная деятельность. Внебольничная психиатрическая помощь сделала это осуществимым. "Мы — наше поколение — не ограничиваемся психиатрическими больницами, с тем же подходом идем мы в жизнь, идем в школу, казарму, на фабрику, в тюрьму, ищем там не умалишенных, которых нужно помещать в больницу, а ищем полунормальных людей, пограничные типы, промежуточные ступени. Пограничная психиатрия, малая психиатрия — вот лозунг нашего времени; вот место приложения нашей деятельности в ближайшем будущем. Пограничная психиатрия есть достижение нашего времени, достижение, оценить которое пока что еще невозможно, но которое сближает психиатрию со всеми сторонами жизни и сулит очень интересные перспективы".*

Жизнь подтвердила правильность этих слов. И хотя между легкими (стертыми) формами собственно психических заболеваний, возникающими под влиянием лечения или в силу биологических особенностей заболевшего, и пограничными заболеваниями в теории проводится достаточно четкая граница, на практике такое разграничение является пока что "лишь рабочей гипотезой" (П.Б.Ганнушкин, 1933). На деле весь этот постоянно увеличивающийся контингент легко болеющих психически во многих случаях требует сходных мер медицинского и социального воздействия. В повседневной амбулаторной работе психиатра эти меры сводятся прежде всего к регулярному, зачастую очень длительному поддерживающему лечению психотропными средствами и психическому воздействию на больного. Без психотерапии, в широком смысле

* Ганнушкин П.Б. О необходимости вступительной лекции и в память С.С.Корсакова. Избранные труды. М.: Медицина, 1964, с. 265.

"морального влияния" (С.С.Корсаков) успехи, достигнутые применением лекарств, легко могут быть сведены на нет. "Имея дело с ненормальной психикой, бесполезно прибегать исключительно к физическому и лекарственному лечению, к душам, применяющимся в психиатрии у места и не у места, к различным наркотическим, заменившим чемерицу древних врачей, к грубому физическому и нравственному принуждению. Необходимо вернуться к воспитательным влияниям".* Эти слова сказаны о больных с психоневрозами, то есть с пограничными психическими расстройствами. В неменьшей степени сказанное может быть отнесено в настоящее время и к собственно психически больным — тому контингенту большой психиатрии, у которого в силу разных обстоятельств психические нарушения существуют в легкой форме. Все эти больные психологически особенно уязвимы. Без постоянной моральной поддержки со стороны врача применение одних только психофармакологических средств может сделаться придатком психиатрии, а не ее частью. В современной системе реабилитации психически больных психическое воздействие — один из важных факторов.

Уже с момента ослабления манифестных психопатологических расстройств и появления сознания болезни психотерапия присоединяется к лекарственному лечению. При стертых формах психических заболеваний, у больных с пограничными состояниями и при токсикоманиях медикаментозная терапия и психотерапия с самого начала идут рука об руку. Это требует от врача и времени, и сил, и настойчивости. Однако, раз усвоив врачебные рекомендации и испытав облегчение, больной начинает все в большей мере выполнять их неукоснительно. Одновременно растет его вера в успех лечения, в самого себя и в лечащего врача. Последнее особенно важно. Веря во врача, больной начинает считать его "своим" врачом, а это всегда повышает терапевтический эффект. Одно из непременных условий того, чтобы стать для больного "своим" — это не просто умелое использование лекарственных средств, сопровождаемое рациональными медицинскими советами. Психиатр должен еще обладать способностью проникнуть в психологическую сущность больного, которому он оказывает помощь. Как-то раз П.М.Зиновьеву, другу П.Б.Ганнушкина, был задан вопрос, в чем состояла главная особенность П.Б. как психиатра. "Петр Борисович, — ответил П.М.Зиновьев, — в научном отношении был представителем так называемого ползучего эмпиризма; теперь (разговор происходил в конце 50-х годов — Н.Ш.) это направление порицается, но Петр Борисович как никто знал душу психически больного".

*Дюбуа П. Психоневрозы и их психическое лечение. СПб., 1912, с. 75.

Знание души больного человека — это умение видеть его как бы изнутри. Психиатры всегда стремились к этому — сознательно и неосознанно. Когда в начале текущего столетия началось углубленное исследование "раннего слабоумия" E.Kraepelin'a, появились работы E.Bleuler'a, развивающие созданное им учение о шизофрении в направлении психологического и характерологического ее анализа. E.Bleuler стремился психологическим путем постичь генез психических расстройств при этом заболевании. Данная сторона его исследований была подвергнута критике рядом отечественных психиатров. Однако при этом обычно упускали из виду одно обстоятельство: за психологическими поисками генеза психических расстройств — стремление увидеть пути психотерапевтического лечебного воздействия на больных шизофренией. Одновременно E.Bleuler сумел как никто показать внутренний мир этих больных. Русские психиатры сразу же оценили эту сторону его наблюдений. "Появление в 1911г. книги E.Bleuler'a произвело на нас, тогда молодых психиатров, поразительное впечатление, — сказал как-то П.М.Зиновьев. — После сухих схем крепелиновской dementia praecox мы впервые увидели душу больного, страдающего шизофренией".

Именно необходимость знания психологии, "души" больного для того, чтобы оказать ему лечебную помощь, отличает взаимоотношения психиатра со своими пациентами. Это знание должно быть и глубоким, и продолжительным. Пожалуй, таких взаимоотношений врача и больного в других медицинских дисциплинах, даже в клинике внутренних болезней, обычно не устанавливается. Умение постичь чужую психологическую сущность составляет особый труд. И далеко не всем психиатрам такое умение дается в достаточной, не говоря уж — в полной мере. Не случайно говорят, что "чужая душа — потемки". А ведь у психически больных эти потемки сгущаются и в результате изменений личности, и в результате продуктивных расстройств, затрудняющих общение. Существуют и другие трудности. Психиатр при решении вопросов диагностики и лечения находится с больным один на один. Такое положение обусловлено доминирующим в психиатрии методом исследования — совместной беседой. Ее успех, как об этом уже говорилось, зависит не только от профессиональных знаний врача, но и от свойств его личности, способствующих установлению между ним и его пациентом необходимых человеческих взаимоотношений. На кого еще в этом вопросе может опереться психиатр? Родственники больного и коллеги врача могут дать лишь отдельные, хотя порой и очень ценные, ориентиры для установления понимания между больным и психиатром. С первой их встречи и на всем

26-587

протяжении общения, часто не имеющего ограничений во времени, психиатр с уверенностью может полагаться прежде всего только на самого себя. Как и любой врач, он постоянно испытывает сомнения в правильности своих действий. Только его сомнения усилены тем, что удостовериться в правильности лечения можно только на основании его эффективности. Ждать же результатов приходится зачастую годами. За это время уверенность психиатра в своих профессиональных возможностях подвергается постоянному испытанию, чаще всего — с появлением отрицательной самооценки, а используемые лечебно-диагностические ориентиры как-то незаметно теряют свою четкость. Чем старше и опытнее психиатр, тем чаще он невольно обращает большее внимание не на достигнутые успехи, а на постигающие его неудачи. По этой причине, а также потому, что психиатр все в большей мере осознает ограниченность своих возможностей, в его профессиональном мировоззрении со временем все отчетливее выявляется пессимизм. Это связано также со следующими обстоятельствами. Несмотря на опыт и сознательное желание оставаться сторонним наблюдателем, длительное общение с психически больным всегда заставляет врача сопереживать ему. Способствуют этому не только обычные человеческие реакции на страдания, свойственные любому, кто с ними сталкивается и которые нельзя заглушить ничем — а психиатр всегда остается человеком, — но и то, что больной предстает перед врачом не просто как объект медицинского воздействия, но и как человек со всеми своими душевными свойствами, пусть и противоречивыми. Психически больной при длительном с ним общении становится для психиатра помимо воли как бы частицей его собственной жизни, но такой, в которой его помощь по самым разным причинам зачастую оказывается не на высоте. Эту сторону психиатрии и ее влияние на того, кто избрал себе эту профессию, отчетливо видели психиатры и в прошлом. "В условиях занятия клинической психиатрией есть что-то такое, что сплошь и рядом отталкивает и отпугивает от нее людей, решивших посвятить себя этой отрасли медицины. В чем здесь дело, я сказать затрудняюсь: скромность ли и невидимость результатов, слишком большой срок наблюдения над больными, которые хворают сплошь и рядом целую жизнь, отсутствие до сих пор точной методики и научно-технического аппарата или еще что... это относится к психиатрам всех рангов".*

Преодолеть или облегчить возникающие перед психиатром профессиональные и психологические проблемы может, пожалуй, только выполнение им врачебного долга, опирающееся, кроме профессиональных

* Ганнушкин П.Б. Первая лекция, посвященная памяти В.П.Сербского. Избранные труды. М.: Медицина, 1964, с. 273.

знаний, еще и на совесть, человечность и здравый смысл. Не у всех врачей эти свойства достаточно развиты. И.В.Давыдовский так сформулировал свое отношение к профессии врача: "Далеко не всякий, кто сочтет стать врачом, действительно может им быть: не всякий может жертвовать собой, а в медицине нужны жертвы — нужна не просто служба или шестичасовой рабочий день: главное — призвание!" Именно призвание способно развить во враче свойства, необходимые для овладения профессией и выполнения врачебного долга, сделать ее "живой потребностью приносить людям пользу и облегчить им страдания" (С.С.Корсаков, 1901).

В самой природе медицины заложены основы, необходимые для развития призвания к ней. Медицина способна придать смысл всей жизни того, кто избрал ее своей профессией. Она создает возвышенную цель: стремление исцелять людей. Такая цель не может быть кратковременной. Она должна распространиться на всю жизнь, быть долгосрочной. Медицина обладает неограниченными возможностями побуждать человека к непрерывному совершенствованию специальных и общих, особенно гуманитарных, знаний, т.к. она связана с людьми. Совершенствование и труд нераздельны. Неуклонный труд, направленный на достижение возвышенной долгосрочной цели, всегда пробуждает скрытую в человеке энергию. Одухотворенный труд является важнейшей предпосылкой наиболее полного раскрытия существующих в человеке потенциальных возможностей и как результат — достижения им не только самовыражения, но и возможности оставаться самим собой в самых различных, с том числе и кризисных, переломных обстоятельствах. Именно по этой причине медицина всегда будет привлекать к себе одаренных, в частности и в нравственном отношении, людей.

Все то, что было сказано о медицине, относится и к психиатрии. Овладение ею как специальностью требует большой затраты сил, что объясняется природой самого предмета — преобладающее число психических расстройств представляют собой субъективные явления. Объективных методов их исследования до настоящего времени нет. Поэтому специальные знания психиатра должны быть глубокими, а общие — по возможности широкими. Последнее достигается связями психиатрии с различными клиническими и теоретическими дисциплинами, занимающимися изучением человека.

Среди клинических дисциплин для психиатра наибольшее значение имеет терапия. Ведь психические нарушения в форме "интеллектуальной надстройки" (Р.А.Лурия) возникают при любом соматическом заболевании, а соматические расстройства — постоянный спутник психи-

ческих болезней, особенно в легких случаях и на начальных этапах. Соединительным звеном обеих дисциплин становится к настоящему времени психосоматическая медицина. В клинике внутренних болезней психиатр как ни в какой другой клинической дисциплине может почерпнуть факты, способствующие выработке у него медицинского мышления. Психиатрия исторически и генетически самым тесным образом связана с психологией. Влияние этих дисциплин друг на друга хорошо известно. Вопросы, касающиеся человеческого сознания, ошибок суждения и т.д., с которыми так часто сталкивается психиатрия, неизбежно затрагивают философские проблемы, постоянно интересующие любознательного и думающего человека. Подобные примеры легко приумножить.

Метод исследования, которым пользуется психиатр — совместная беседа — постоянно знакомит его не только с особенностями проявления болезней, которыми страдают его пациенты, но и с их жизненным опытом, а также с теми разнообразными специальными, зачастую очень глубокими, знаниями, которыми они обладают и которые психиатр при желании способен усвоить и тем, даже помимо своей воли, расширить свой общеобразовательный кругозор. Эти полученные от больных знания способны и сами по себе, но в еще большей степени — в качестве стимула явиться источником последующего непрерывного самообразования. Создаются предпосылки для выработки взгляда на науку и жизнь, выходящие за пределы специальности психиатра. Такое своего рода университетское образование может продолжаться всю жизнь. Но это еще не все. Постоянное общение с больным человеком, особенно с душевнобольным, помимо желания врача способствует еще и "воспитанию чувств", воздействующему на эмоции —наиболее мощный стимул к достижению самовыражения.

Однако психиатрия способна дать нечто большее, чем даже полное самовыражение: "Врачу-психиатру, преданному своему делу и своим больным, знакомы такие высокие минуты удовлетворения, такие признаки глубокого доверия со стороны выздоравливающих больных, что он не может не сознавать, что в качестве целителя он делает не меньше врача всякой другой специальности".*

БИБЛИОГРАФИЯ

Ганнушкин П.Б. Психиатрия, е? задачи, объем, преподавание, М, 1924, с. 52.

Ганнушкин П.Б. Избранные труды. Под редакцией О.В.Кербикова. М., Медицина, 1964, с. 291.

* Корсаков С.С. Курс психиатрии. Изд. 2-е. М., 1901, с. 7.

Грандо А.А. Врачебная этика и медицинская деонтология. Киев, "Выща школа". 1988,с. 186. Библ.

Гулямов М.Г. Психиатрия и медицинская деонтология. — В кн.: Об основах медицинской деонтологии. Душанбе, 1981, с. 196—211.

Завилянский И.Я., ЗавшянскаяЛ.И. Деонтология в психиатрии. Киев, "Здоров я". 1979, с. 123.

Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. Изд. 4-е, М., Медицина, 1977, с. 111.

Морозов Г.В. Деонтология в психиатрии. — В кн.: Деонтология в медицине, т. 2. Под ред. Петровского Б.В. М., Медицина, 1988,с. 145—162.

Петров Б.Д. Врач, больные и здоровье. Медицина, М., 1972, с. 28.

Петров Н.Н. Вопросы хирургической деонтологии. Л., Медгиз, 1956, с. 63.

ПондоевГ.С. Заметки врача. "СабчотаСакартвело". Тбилиси, 1961, с. 312.

Сметанников П.Г. Вопросы деонтологии в психиатрии. — В кн.: Вопросы деонтологии. Л., 1979, с. 50—56.

Телешевская М.Э., Погибко Н.П. Вопросы врачебной деонтологии. Л., Медицина, 1978, с. 158.

ЭлыитепнН.В. Врач как больной. Клиническая медицина. Т. 39, №9, 1961, с. 12—21.

Первая Всесоюзная конференция по проблемам медицинской деонтологии. Подред. А.Ф.Билибина, М.В.Волкова, Д.А.Жданова и др. М., Медицина, 1970, с. 175.

Проблемы медицинской деонтологии. Тезисы докладов Второй Всесоюзной конференции. Подред. Г.В.Морозова. М., 1977, с. 293.

Этико-психологические проблемы медицины. Подред. Г.И.Царегородцева М., Медицина, 1981, с. 375.

Медицинская этика и деонтология. Подред. Г.В.Морозова и Г.И.Царегородцева М., Медицина, 1983, с. 270.

Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Авицениум. Мед. изд-во, Прага, 1983, с. 405.

Харди И. Врач, сестра, больной. Изд-во Академии наук Венгрии. Изд. 2, Будапешт, 1973, с. 286.

Шимусик А. Деонтология в психиатрии. Руководство по психиатрии. Подред. Г.В.Морозова Т. 1, М., Медицина, 1988, с. 201—211.

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

ОГЛАВЛЕНИЕ

Георгий Васильевич Морозов
Николай Георгиевич Шумский

ВВЕДЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПСИХИАТРИЮ
(пропедевтика в психиатрии)

Редакторы *Дмитриева Т.Б., Щеголева Л.И.*
Технические редакторы *Шорин С.Е., Соколова М.И.*
Корректор *И.С. Пигулевская*
Верстка *В.А.Сысыкина*

Лицензия ЛР № 065167 от 12.05.97 г.

Подписано в печать 21.09.98 Формат 60Х88 1/16
Печ. л. 26,5. Бумага газетная Печать офсетная
Тираж 3000 экз. Заказ 5975

Издательство НГМА, 603002, г. Н.Новгород, а/я 22

Отпечатано в Производственно-издательском комбинате ВИНИТИ,
140010 г.Люберцы Московской обл., Октябрьский пр-т, 403.
Тел.: 554-21-86